

REPUBLIK ÖSTERREICH
Zentrale Staatsanwaltschaft zur Verfolgung von Wirtschaftsstrafsachen und Korruption

Dampfschiffstraße 4
1030 Wien

Tel. +43 1 52152
Fax +43 1 52152 5920

EINGANGSBESTÄTIGUNG

Ihre Eingabe wurde mit dem unten angeführten Zeitpunkt entgegengenommen. Für Fragen über die Behandlung Ihrer Eingabe wenden Sie sich bitte an die oben angeführte Dienststelle unter Angabe der nachstehend angeführten Sendungs-ID. Für technische Fragen steht Ihnen die Bundesrechenzentrum GmbH, E-Mail: support-eingaben@justiz.gv.at , zur Verfügung.

Sendungs-ID:	**589250Y946@efa.justiz.gv.at**
Einbringungszeitpunkt:[1]	**14.12.2020 11:07:59**
Anzahl der Beilagen:	2 Beilagen
Angaben zur einbringenden Person:	
Name:	Konstantin Haslauer
Anschrift:	Leberstrasse 100/9 1110 Wien Österreich
Kontaktinformationen:	info@karrierepilot24.com +436763100890
Inhaltsdaten:	
Gericht/Staatsanwaltschaft:	Zentrale Staatsanwaltschaft zur Verfolgung von Wirtschaftsstrafsachen und Korruption (Wien) -
Einbringerzeichen:	Has/Regierung
Betreff:	Strafanzeige gegen die Bundesregierung wegen u.a. Korruption, Betrug und Amtsmissbrauch

Vorbringen/Text:

Sehr geehrte Strafanwaltsschaft,
Aufgrund einer Vielzahl von Verfehlungen der Österreichischen Regierung übernimmt der Einschreiter durch einbringen dieser Strafanzeige, von ein oder mehrer Offizialdelikten, als Sprachroh einer Bürgergemeinschaft, die rechtliche Darstellung. Am 15.03.2020 wurde der erste Lockdown verhängt, von den oben genannten 4 beanzeigten (Sebastian Kurz, Werner Kogler, Rudolf Anschober und Karl Nehammer), die sich berufen gefüllt haben, das Infektionsgeschehen als dramatisch zu erkennen und der Empfehlung WHO (einer Nichtregierungsorganisation) zu folgen.

MFG K.Haslauer

PDF-Beilagen:

Dateiname	Strafanzeige_KP24_Regierung_Anlagen.pdf
Anmerkung	Strafanzeige 14.12.2020

Dateiname	Eidesstattliche Erkla?rungen_Anlagen_red.pdf
Anmerkung	193 Eidesstattlicher Erklärungen

---

[1] Bei Grundbuchseingaben ist der Einbringungszeitpunkt jener Zeitpunkt, in dem die Daten der Eingabe zur Gänze beim Gericht eingelangt sind.

REPUBLIK ÖSTERREICH BMJ SIGNATUR	**Datum/Zeit**	2020-12-14T11:08:02+01:00
	Hinweis	Dieses Dokument wurde elektronisch signiert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.
	Prüfinformation	Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter: www.signaturpruefung.gv.at Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: www.justiz.gv.at/amtssignatur

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

An die
Zentrale Staatsanwaltschaft zur Verfolgung
von Wirtschaftsstrafsachen und Korruption
Dampfschiffstraße 4
1030 Wien

Betreff: Täuschung, Amtsmissbrauch, Verfassungsbruch, Betrug, Misshandlung von Schutzbefohlenen, Körperverletzung, Korruption und Nötigung (der österreichischen Bürger)

Strafsache gegen Sebastian Kurz, Rudolf Anschober, Karl Nehammer, Alexander Van der Bellen und alle namentlich genannten Nationalratsabgeordneten wegen §§ 83, 84, 92 StGB, §§ 105, 108, 146, 147, 148 StGB, § 302 StGB, § 307a StGB.

Einschreiter: Konstantin Haslauer, geb. 19.01.1967, wohnhaft in 1110 Wien, Leberstraße 100/9

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bezugnehmend auf die obgenannten Straftatbestände legt der Einschreiter der Staatsanwaltschaft die Vergehen durch umfangreiche Beweise dar.

Anzeige

Einschreiter: Konstantin Haslauer, geb. 19.01.1967, wohnhaft in 1110 Wien, Leberstrasse 100/9, Einzelunternehmer CEO Karrierepilot24 Group & Vorstand/Owner der Aktiengesellschaft PROMKC24 a.s Holding

Erster Beschuldigter: Sebastian Kurz, geb. 27.08.1987, Arbeitsstelle: Ballhausplatz 2, 1010 Wien, Bundeskanzler von Österreich

Zweiter Beschuldigter: Rudolf Anschober, geb. 21.11.1960, Arbeitsstelle: Stubenring 1, 1010 Wien, Gesundheitsminister von Österreich

Dritter Beschuldigter: Karl Nehammer, geb. 18.10.1972, Arbeitsstelle: Herrengasse 7, 1010 Wien, Innenminister von Österreich

Vierter Beschuldigter: Alexander Van der Bellen, geb. 18.01.1944, Arbeitsstelle: Hofburg, Ballhausplatz, 1010 Wien, Bundespräsident von Österreich

Wegen Mittäterschaft sind anzuzeigen:
Alle Abgeordneten des Österreichischen Nationalrats, die in Kürze nur namentlich genannt werden:

Amesbauer H., Mag., BA (FPÖ), Angerer E. (FPÖ). Baumgartner A. (ÖVP), Bayr P., MA MLS (SPÖ), Becher R., Mag. (SPÖ), Belakowitsch D., Dr. (FPÖ), Berlakovich N., Dipl.-Ing. (ÖVP), Bernhard M. (NEOS), Blimlinger E., Mag. (GRÜNE), Bösch R., Dr. (FPÖ), Brandstätter H., Dr. (NEOS), Brandstötter H. (NEOS), Brandweiner L. (ÖVP), Brückl H., MA (FPÖ), Bures D. (SPÖ), Bürstmayr G., Mag. (GRÜNE), Deckenbacher R., Mag. (ÖVP), Deimek G., Dipl.-Ing. (FPÖ), Diesner-Wais M. (ÖVP), Disoski M., Mag. (GRÜNE), Doppelbauer K., Dipl.-Ing. (NEOS), Drobits C.,

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Mag. (SPÖ), Drozda T., Mag. (SPÖ), Ecker C. (SPÖ), Ecker R., MBA (FPÖ), Einwallner R., Ing. (SPÖ), El-Nagashi F., Mag. (GRÜNE), Engelberg M., Mag. (ÖVP), Ernst-Dziedzic E., Dr. (GRÜNE) Eßl F. (ÖVP), Eypeltauer F., Mag. (NEOS), Fiedler F., BEd (NEOS), Fischer U., Mag. (GRÜNE), Fuchs H., MMag. DDr. (FPÖ), Fürlinger K., Mag. (ÖVP), Fürst S., Dr. (FPÖ)
Gahr H. (ÖVP), Gerstl W., Mag. (ÖVP), Gödl E., Mag. (ÖVP), Götze E., Dr. (GRÜNE), Graf M., Mag. Dr. (FPÖ), Graf T. (ÖVP), Grebien H. (GRÜNE), Greiner K., Mag. (SPÖ), Großbauer M. (ÖVP), Grünberg K. (ÖVP), Hafenecker C., MA (FPÖ), Hamann S., Mag. (GRÜNE), Hammer L. (GRÜNE), Hammer M., Mag. (ÖVP), Hammerschmid S., Mag. Dr. (SPÖ), Hanger A., Mag. (ÖVP), Haubner P. (ÖVP), Hauser G., Mag. (FPÖ), Hechenberger J., Ing. (ÖVP), Heinisch-Hosek G. (SPÖ), Herr J. (SPÖ), Himmelbauer E., BSc (ÖVP), Hintner H. (ÖVP), Hofer N., Ing. (FPÖ), Höfinger J. (ÖVP), Hofinger, M., Ing. (ÖVP), Holzleitner E., BSc (SPÖ), Hörl F. (ÖVP), Hoyos-Trauttmansdorff D. (NEOS), Jachs, J., Mag. (ÖVP), Jeitler-Cincelli C., Mag., BA (ÖVP) Kainz A. (FPÖ), Kaniak G., Mag. (FPÖ), Kassegger A., MMMag. Dr. (FPÖ), Kaufmann M., MMSc BA (ÖVP), Keck D. (SPÖ), Kickl H. (FPÖ), Kirchbaumer R. (ÖVP), Köchl K. (SPÖ), Köllner M., MA (SPÖ), Kollross A. (SPÖ), Kopf K. (ÖVP), Koza M., Mag. (GRÜNE), Krainer K. (SPÖ), Krisper S., Dr. (NEOS), Kucharowits K. (SPÖ), Kucher P. (SPÖ), Kugler G., Dr. (ÖVP), Kühberger A. (ÖVP), Künsberg Sarre M., Mag. (NEOS), Kuntzl A., Mag. (SPÖ), Laimer R. (SPÖ), Lausch C. (FPÖ), Leichtfried J., Mag. (SPÖ), Lercher M. (SPÖ), Lindinger K., Ing., BSc (ÖVP), Litschauer M., Ing. (GRÜNE), Loacker G., Mag. (NEOS), Lopatka R., Dr. (ÖVP), Mahrer K. (ÖVP), Marchetti N. (ÖVP), Margreiter J., Dr. (NEOS), Matznetter C., Dr. (SPÖ), Maurer S., BA (GRÜNE), Meinl-Reisinger B., Mag., MES (NEOS), Melchior A. (ÖVP), Minnich A. (ÖVP), Muchitsch J. (SPÖ), Mühlberghuber E. (FPÖ), Neßler B. (GRÜNE), Neumann-Hartberger I. (ÖVP), Niss M., Mag. Dr., MBA (ÖVP), Nussbaum V., Mag. (SPÖ), Obernosterer G. (ÖVP), Oberrauner P., Mag. Dr. (SPÖ), Ofenauer F., Mag. (ÖVP), Ottenschläger A. (ÖVP), Pfurtscheller E., Dipl.-Kffr. (FH) (ÖVP), Plakolm C. (ÖVP), Pöttinger L. (ÖVP), Prammer A., Mag. (GRÜNE), Prinz N. (ÖVP), Ragger C., Mag. (FPÖ), Rauch W. (FPÖ), Reifenberger V., Ing. Mag. (FPÖ), Reimon M., MBA (GRÜNE), Reiter C. (ÖVP), Rendi-Wagner P., Dr., MSc (SPÖ), Ribo B., MA (GRÜNE), Ries C. (FPÖ), Rössler A., Dr. (GRÜNE), Salzmann G., MMMag. (ÖVP), Saxinger W., Dr., MSc (ÖVP), Schallmeiner R. (GRÜNE), Scharzenberger C., Mag. (ÖVP), Schatz S. (SPÖ), Schellhorn J. (NEOS), Scherak N., Dr., MA (NEOS), Scheucher-Pichler E., Mag. (ÖVP), Schmidhofer K. (ÖVP), Schmiedlechner P. (FPÖ), Schmuckenschlager J. (ÖVP) ,Schnabel J. (ÖVP), Schnedlitz M. (FPÖ), Schrangl P., Mag. (FPÖ), Schroll A. (SPÖ), Schwarz G. (ÖVP)
Schwarz J., Mag. Dr., BA (GRÜNE), Seemayer M. (SPÖ), Shetty Y. (NEOS), Sieber N. (ÖVP), Silvan R. (SPÖ), Singer J. (ÖVP), Smodics-Neumann M., Mag. (ÖVP), Smolle J., Dr. (ÖVP), Sobotka W., Mag. (ÖVP), Stammler C. (GRÜNE), Stark C. (ÖVP), Stefan H., Mag. (FPÖ), Steger P. (FPÖ), Steinacker M., Mag. (ÖVP), Stocker C., Dr. (ÖVP), Stöger A., diplômé (SPÖ), Stögmüller D. (GRÜNE), Strache P. (OK), Strasser G., Dipl.-Ing. (ÖVP), Tanda A., Ing. Mag. (FH) (ÖVP), Taschner R., Mag. Dr. (ÖVP), Tomaselli N., Mag. (GRÜNE), Totter A., MMag. Dr., BEd (ÖVP), Troch H., Dr. (SPÖ), Vogl M., Ing. (SPÖ), Voglauer O., Dipl.-Ing. (GRÜNE), Vorderwinkler P. (SPÖ), Weber J., Ing. (ÖVP), Weidinger P., Mag. (ÖVP), Weratschnig H., MBA MSc (GRÜNE), Wimmer P. (SPÖ), Wimmer R. (SPÖ), Wöginger A. (ÖVP), Wurm P. (FPÖ), Yildirim S., Mag. (SPÖ), Yılmaz N. (SPÖ), Zanger W. (FPÖ), Zarits C. (ÖVP), Zopf B. (ÖVP), Zorba S. (GRÜNE).

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Sachverhaltsdarstellung

Aufgrund einer Vielzahl von Verfehlungen der Österreichischen Regierung übernimmt der Einschreiter durch Einbringen dieser Strafanzeige eines oder mehrerer Offizialdelikte(s) als Sprachrohr einer Bürgergemeinschaft die rechtliche Sachverhaltsdarstellung.

Am 15.03.2020 wurde von den oben genannten vier Beschuldigten (Sebastian Kurz, Werner Kogler, Rudolf Anschober und Karl Nehammer) der erste Lockdown verhängt, weil das Infektionsgeschehen als dramatisch eingestuft und den Empfehlungen der WHO, einer Nichtregierungsorganisation, Folge geleistet wurde.

Weiters wurde aufgrund der angenommenen Schwere der Pandemie eine Änderung/Anpassung des Epidemiegesetzes von 1954 (EpiG) vorgenommen, wodurch die Schadenersatzpflicht für geschädigte Unternehmen entfiel. Durch eine Erteilung eines Berufsausübungsverbotes wurde in einer Sondersitzung der Regierung die Aussetzung beschlossen. Die Änderung besagte, dass die Anspruchsnehmer mit einer Förderung/Almosen der Regierung unterstützt werden sollen und kein Schadenersatzanspruch zum Tragen kommen würde. So wurden die Unternehmer zu Bittstellern degradiert und die Schadenersatzansprüche vom Staat abgewehrt.

Alle Warnungen von Unternehmern, Experten, Ökonomen oder Fachgruppen konnten den Krisenstab der vier Beschuldigten, vertreten durch Experten, die namentlich nicht genannt wurden, nicht abhalten, den Lockdown auszurufen. Es ist zu erwähnen, das die WHO die Pandemiekriterien bereits 2009 heruntergestuft hatte, was zu den allseits bekannten Schweine- und Vogelgrippe-Pandemien geführt hatte. Bei Covid-19 kann man dasselbe Vorgehen von WHO, Prof. Drosten und der Pharmaindustrie erkennen, das bereits praktiziert wurde.

Für einen Nationalstaat steht es außer Frage, das einer Empfehlung der WHO – einer Nichtregierungsorganisation, die zu 80% privatfinanziert ist – nicht ohne genaue Prüfung Folge zu leisten ist, was auch der Mehrheit der Expertenmeinungen außerhalb des Regierungskrisenstabs entspricht. Die WHO war es auch, die zur Ermittlung des neuartigen SARS-CoV-2 den Drosten-PCR-Test empfahl und am 20.01.2020 veröffentlichte. Ohne eine wissenschaftliche Prüfung durchzuführen wurde der Drosten-PRC-Test herangezogen, um Infektionen festzustellen. Wie nachfolgende Beweise darlegen, ist die PCR-Methode nicht geeignet, Infektionen nachzuweisen, denn der PCR-Test kann nur Bestandteile/Trümmer eines Virus ermitteln, was aber noch keine Infektion bedeutet.

Aus einem positiven PCR-Test kann weder eine Infektion abgeleitet werden, noch kann eruiert werden, ob eine replikationsfähige Viruslast vorhanden ist (Stränge einer Nukleinsäure), denn die angezeigten Nukleinsäureteile können auch der Restbestand einer bereits überstandenen Infektion sein. Somit ist klar, dass ein Test eingesetzt wird, der kein zugelassenes, gültiges Diagnoseverfahren ist.

Bei der Pressekonferenz vom 30.04.2020 wurden von Anschober Teile des Krisenstabs vorgestellt. Univ.Prof. Dr. Franz Allerberger von der AGES stellte die Ansteckungsgefahr anhand des Fallsbeispiels in Ischgl dar. Bezeichnend war aber, dass Anschober mit seinen Schilderungen eine enorme Dramatik in der Risikodarstellung kommunizierte, konträr zu dem, was Univ.Prof. Dr. Franz Allerberger mit seiner Präsentation klargestellt hat, dass er nämlich kein Problem sieht, denn die Reproduktionszahl liege bei 1,1 und sei bereits fallend.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Der Einschreiter hat sogleich bei der Staatsanwaltschaft Wien eine Strafanzeige eingebracht, da offensichtlich Anschober und Kurz gegenüber der österreichischen Bevölkerung mit falschen Fakten agierten. Auch ist bekannt, dass in der Regierung ein sogenanntes „Panikpapier" kursierte, das Kommunikationsstrategien vorstellte, mit der gezielt Angst in der Bevölkerung geschürt werden sollte. So sagte Kurz beispielsweise: „Es wird 100.000 Tote geben, jeder wird einen kennen, der an Corona gestorben ist".

Durch das Ermächtigungsgesetz, mit dem Anschober für den Notstand, der seit 9 Monaten fortdauert, alleinige Autorität gewährt wurde, ist das Parlament seit 15.03.2020 faktisch entmachtet worden. Es wird nur mehr mit Verordnungen (überwiegend verfassungswidrige, siehe VfGH-Urteile) und Pressekonferenzen regiert. Der Regierungslogik von Kurz ist: „Ich bestimme bei den Pressekonferenzen, was man tun muss" und Anschober darf dann danach fehlerhafte Verordnungen erlassen. Auch die Aussage von Kurz, dass man nicht auf Grundrechte und Verfassung achten kann und wird, erinnert an das Agieren von totalitären Systemen. Alle Regierungsmitglieder sind auf die Verfassung vereidigt und sollen dem Volk dienen. Eventuell zu tolerieren und gesetzlich gedeckt wäre es, wenn es tatsächlich um „Leben oder Tod" ginge, doch es war am 30.04.2020 bereits bekannt, dass wir keine Übersterblichkeit hatten. Warum dann das Festhalten am Ausnahmezustand?

Nach drei Monaten konnte man zwar wieder ein annähernd normales Leben führen, doch die Kollateralschäden waren sehr hoch. Um hier nur einige zu nennen: die Begleitung von Sterbenden wurde verhindert, die Gewalt in den Familien nahm extrem zu, Suizide explodierten, Psychologen wurden überrannt, Wirtschaftsvernichtung der Klein- und Mittelbetriebe, enorme Arbeitslosigkeit und Todesfälle aufgrund Verschiebungen von Operationen/Therapien.

All die Maßnahmen stehen und standen in keinem Verhältnis zu den Schäden, die erst durch sie entstanden sind. Der Krisenstab der vier Beschuldigten hat keinerlei Evidenz dafür veröffentlicht, warum diese Maßnahmen notwendig waren. Nach dem ersten Lockdown wurden im Parlament diese Punkte sehr intensiv von der Opposition kritisiert, doch Kurz wohnte diesen Debatten nur selten bei. Immer wieder kamen die Argumente, dass Covid-Erkrankte „Gefährder" (dieser Ausdruck, den Nehammer verwendet, stammt aus der Terrorismusprävention) seien und mit allen Mitteln gekämpft werden müsse. Die Gefährlichkeit und Mortalität von Covid-19 ist allerdings im Bereich einer normalen Influenza.

„Erlöser" Kurz verkündete bei der gefühlten 120. Pressekonferenz: „Es ist Licht am Ende des Tunnels", doch warnte gleichzeitig vor einer zweiten Welle. Man habe aus dem ersten Lockdown offensichtlich nichts gelernt, Aussage Kurz und Anschober. Man sei gut vorbereitet, weil Österreich es am besten geschafft habe, aus diese Krise zu kommen. Mit 762 Toten hätten die Regierungsmaßnahmen, so wie in Israel, exzellent funktioniert. Kurz sagte weiter, dass er den Weg aus der Krise kenne, nur mit kompletter Überwachung mittels App und Zutrittssystemen könne man das Virus bekämpfen.

Die Wirklichkeit zeigt jedoch ein gänzlich anderes Bild: Es wurden 50 Milliarden an neue Schulden aufgenommen (woher kommt das Geld?), um diesen Missstand zu vertuschen. Laut den Pressekonferenzen wurden erst zwischen 30% und 50% der Fördermittel abgerufen, weil die Bürokratie und die Verteilung der Zuständigkeit auf die Institutionen wie WKO und COVAG GmbH ausgelagert wurden. Hier ist eine Absicht zu erkennen, dass zB die COVAG GmbH als zentrale

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Förderstelle eingerichtet wurde, bei der das Parlament keinerlei Prüfberechtigung hat … Schon interessant, warum macht man sowas? Korruptionsverdacht liegt nahe!

Wo sind die Milliarden hin, warum kommen sie nicht bei den Unternehmen an? Will man die Wirtschaft bewusst und vorsätzlich schwächen? Auf der anderen Seite erhalten Konzerne wie die Lufthansa, eine AUA-Tochter, 700 Millionen Förderung, ohne Zugeständnisse oder Verpflichtungen für den Konzern. Dies sei nur am Rande als Argument ins Treffen geführt, denn viel bedeutender ist der Drosten-PCR-Test, der als einzige Grundlage/Ursache für den Lockdown und alle anderen Maßnahmen herangezogen wurde. In der Regierung unter Kurz wurden zur Umsetzung der Maßnahmen Verfassungsbrüche und Einschränkungen der Grundrechte zur Regel.

Der Einschreiter verfolgte nun jede parlamentarische Sitzung und auch den Untersuchungsausschuss, wo man den „tiefen Staat", die Netzwerke der ÖVP, klar erkennen konnte und sah, was bei Österreichs Regierungsparteien schief läuft. Man sollte eigentlich erwarten, dass die Maßnahmen, die sich als falsch und unwirksam herausgestellt hatten, im Sommer aufgehoben werden, doch das Spiel der Regierenden ging munter weiter. Kurz hat mehrfach die bezahlten Medien zu sogenannten Hintergrundgesprächen eingeladen (auch hier nicht alle Medien), um die ÖVP Selbstdarstellungs-Medienkampagnen zu strukturieren. Vermutlich war der Inhalt der Gespräche die Frage, wie man sich sich über den Sommer retten würde, um die Bürger im Herbst wieder einzusperren … Nun, siehe da, die „2. Welle" wurde heraufbeschworen, ein Medienkonstrukt finanziert durch Steuergelder.

Kein Arzt hat jemals eine zweite Erkrankungswelle eines Virus gesehen, denn ein Virus mutiert naturgemäß sehr rasch. Auch hier unwissenschaftliches Agieren, nur um die Wirtschaft und die Bevölkerung vorzubereiten: „Seid Euch sicher, die Regierung macht mit dem Spiel im Herbst weiter." Mit unsinnigen und gesetzwidrigen Auflagen für die Gastronomie und im übrigen öffentlichen Bereich wurde der Sommer halbwegs überlebt. Die Pressekonferenzen gingen den ganzen Sommer weiter, 3 - 4 mal in der Woche wurden Neuerungen der Covid-Verordnungen verabschiedet, einmal Lockerungen und ein andermal neue Verschärfungen.

Am 22.07.2020 und 01.10.2020 wurde vom VfGH der überwiegende Teil der Verordnungen wegen einer zu geringen Evidenz/Datenlage als verfassungswidrig gekippt. Das erschütterte weder den Bundespräsidenten noch die vier Beschuldigten, die schon wieder eine neue Covid-19-Verordnung auf die Reise schickten. Kein Gericht der Welt kann diesem Treiben so schnell Einhalten gebieten, doch der Bundespräsident und die Medien hätten die Macht dazu. Warum passiert hier nichts? Dies ist nur eine der Fragen, die sich die Bürger gestellt haben.

Der 2. Lockdown wurde seelenruhig schon ab September vorbereitet, egal wieviel Experten sich weltweit zu den Themen geäussert haben. Sogar die WHO verlautbarte, dass die Lockdowns zu größerem Schaden führen. Doch ein zweiter Lockdown schien beschlossene Sache. Der Trick war, zunächst das neue Lockdown-Vorhaben abzustreiten, die Opposition dumm dastehen zu lassen und den PCR-Test neuerlich in Stellung zu bringen. Nun ging es los mit bis zu 35.000 Testungen am Tag, womit „Infektionen", dh positiv Getestete, erzeugt wurden. Das Vorgehen war nicht mehr nachvollziehbar und wurde mittels Zoom-Konferenzen der Länder täglich um 9 Uhr abgestimmt.

Da man kein digitales System nutzte, wurden die Zahlen händisch modelliert (Aussage des Krisenstabs), oder – um es anderes zu sagen – gezielt manipuliert. Die Erfassung hätte auch digital erfolgen können, denn jeder Bürger hat eine ELGA-Akte und das Einspielen der Ergebnisse wäre technisch jederzeit möglich. Doch war das offenbar nicht erwünscht, denn mit einer Zettelwirtschaft kann man besser vertuschen.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Nun kommen wir wieder zu SARS-CoV-2, das Virus, das uns anscheinend überraschend heimgesucht hat. Wenn man nun davon ausgeht, dass bereits eine Mutation im September/Oktober erfolgt ist, was testet man denn da? Nun, auf alle Details und Beweise geht der Einschreiter nachfolgend noch ein, aber vorab, die CDC Center for Disease Control USA hat am 08.10.2020 bestätigt, dass es bis heute kein Virusisolat gibt. Wenn es klar ist, dass der PCR-Test keine Infektionen erkennen kann, was sind denn die Veröffentlichungen der AGES und des Gesundheitsministerium für „Infektionen"?

Diese Erkenntnis wurde den Abgeordneten vom Einschreiter vollumfänglich dargestellt und mit Beweisen nähergebracht. Dies nicht nur einmalig, sondern mit einigen Abgeordneten in reger Mailkorrespondenz. Jeder Abgeordnete hat auf seine Parlamentsmail-Adresse insgesamt 3 Mails bekommen, um das Wissensdefizit aufzufüllen. Die vier Beschuldigten haben dieses Defizit mit Intransparenz und Vertuschung bewusst verursacht, dementsprechend wurde vom Einschreiter mit den entsprechenden Fakten und Beweisen alles wieder ins richtige Licht gerückt.

Auch einen offenen Brief an den Bundespräsidenten zu verfassen sah der Einschreiter als seine Verpflichtung an, denn Präsident Van der Bellen ist der oberste Verfassungsschützer, der hier einschreiten kann. Es liegt allerdings der Verdacht nahe, dass Kurz mit dem Bundespräsidenten Absprachen getroffen haben könnte, die den Fall Ibiza, die Entscheidung zu Neuwahlen und die Koalitionsverhandlungen beeinflusst haben.

Durch sein Schweigen und der offenbar nur vorgetäuschten Bereitschaft für Aufklärung zu sorgen, weicht der Bundespräsident einem persönlichen Gespräch mit dem Einschreiter und mit Wissenschaftern, Unternehmern, Bürgern und Ärzten aus.

Somit wird das ganze Ausmaß der Krise deutlich: Es geht nicht um Gesundheit, sondern um Macht. Dies bestätigten einige Abgeordnete dem Einschreiter in persönlichen Gesprächen, in denen der einhellige Tenor war:

> *„Sebastian Kurz agiert nach dem Vorbild Israel und tritt die Verfassung und die Demokratie mit Füßen. Die Grüne Partei, Vizekanzler Kogler und der Bundespräsident schauen zu. Einmal an der Macht will man nicht mehr weg, KOSTE ES WAS ES WOLLE."*

Hiermit kommt der Einschreiter zum Abschluss der Einführung in diese Causa und geht über in die Beweisführung und zu seiner Aufklärungspflicht als Bürger, da die strafrechtlichen Vergehen (alle als Offizialdelikte zu führen) der vier Beschuldigten, des Bundespräsidenten und der Mittäter, die Abgeordneten des Parlaments, aufgrund des öffentlichen Interesses der Bürger Österreich dies nun notwendig machen.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Beweisführung zu den einzelnen Themen:

1. **Der PCR Test: D**ieser Test, entwickelt von Nobelpreisträger Kary Mullis, ist gemäß dessen eigenen Aussagen nur als Labortest zu verwenden und **nicht zur Diagnostik geeignet**. Die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) basiert auf dem Prinzip von „Trennen, Koppeln und Kopieren" auf der zyklisch wiederholten Verdoppelung von DNA mit Hilfe einer thermostabilen DNA-Polymerase und Nukleotiden. Heute ist die PCR u. a. unverzichtbar für die Erkennung der Viruslast, von Erbkrankheiten, für das Erstellen genetischer Fingerabdrücke und das Klonen von Genen. Dieser PCR Test wird fälschlicherweise von der Regierung als Grundlage für die Ermittlung von Infektionen eingesetzt, er wird sohin missbräuchlich und mit Vorsatz verwendet, wonach der Straftatbestand des gewerbs- oder bandenmäßigen schweren Betrugs nach §§146, 147 und148 StGB erfüllt ist.

2. **Die Maskenpflicht: H**ier wurde von der Regierung eine gGesundheitsgefährdende Maßnahme verordnet, die keinerlei Schutzwirkung gegen eine Virusinfektion bietet. Die Covid-Verordnungen des Gesundheitsministeriums fordert alle Bürger, Schulpflichtigen, Mitarbeiter von Unternehmen und Beamten auf, vorgeblich zum Wohle Dritter eine Gesundheitsgefährdung einzugehen. Diese Verordnungen wurden vom VfGH als verfassungswidrig aufgehoben, dessen ungeachtet hält die Regierung/das Regime an dieser Maßnahme fest. Diese Verordnung ist ein Verfassungsbruch, ein grober Verstoss gegen die Grundrechte und Amtsmissbrauch iSd §302 StGB. Weiters erfüllt die Maßnahme den Tatbestand der Nötigung gemäß §105 StGB, der dauerhafte Zwang zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist Körperverletzung gemäß §§ 83, 84 StGB. Da die Kinder vom Lehrkörper gezwungen werden Masken zu tragen, kann dies als Misshandlung von Schutzbefohlenen iSd §92 StGB angesehen werden. Durch die Absenkung der Sauerstoffsättigung im Blut kann sogar ein trigemino-kardialer Reflex ausgelöst werden, der tödlich verlaufen kann. Das Bildungsministerium[1] stellt in einer klar gesetzwidrigen Anordnung fest, das der Lehrkörper für Schäden nicht haftet. Dies ist nicht nur zynisch, sondern auch gezielte Irreführung der Beamten, denn nach Eintritt der Schüler in das Schulgebäude übernimmt der Lehrkörper die Aufsichtspflicht der Schutzbefohlenen.

3. **Täuschung der Bevölkerung;** Bereits am 30.04.2020 wurden bei der Pressekonferenz durch Gesundheitsminister Anschober und Krisenstabmitglied Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger unterschiedliche Standpunkte kommuniziert. Anschober untermauerte die Notwendigkeit des Lockdowns, obwohl Univ.Prof. Dr. Franz Allerberger die offiziellen Zahlen hinwies und auf Entwarnung setzte. Ein weiterer Punkt waren die Maßnahmen von Innenminister Karl Nehammer, der die Polizei instrumentalisierte, um „Lockdown-Sünder" (Sitzen auf der Parkbank) ohne Gesetzesdeckung zu bestrafen. Bundeskanzler Kurz beauftragte Medien und den Krisenstab mittels eines Angstpapiers zu agieren, und sagte sinngemäß, dass man den Bürgern Angst machen nur

---

[1] Anordnung des Bildungsministeriums: https://www.dropbox.com/s/mtn520w7iohq6v2/BM%20Bildung%20Anordung.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

solle, denn nur dann seien sie gefügig. Diese bewusst verbreiteten Unwahrheiten und die gezielte Angstpropaganda sind ein klarer Verfassungsbruch und erfüllen den Tatbestand des Amtsmissbrauchs iSd §302 StGB und der bewussten Täuschung iSd §108 StGB.

4. **Unzulässiger Einsatz von Steuergeldern;** Nach dem ersten Lockdown muss allen Entscheidungsträgern bekannt gewesen sein, dass eine Infektion nur durch einen Arzt festgestellt werden kann, wie dies auch im Epidemiegesetz (EpiG) von 1950 beschrieben ist. Eine Infektion wird nur durch einen Arzt diagnostiziert, wobei verschieden Testarten herangezogen werden können. §5 Abs 1 stellt den genauen Ablauf zur Ermittlung einer Infektion dar. Unter Berücksichtigung von Labortests (inkl. Ausschlussverfahren und einer Differentialdiagnose zu anderen Krankheiten, zB zu nahe verwandte Coronastämmen oder Influenzaviren) nimmt der Arzt eine Befundung/Diagnose vor.

   Zwischen 27.02.2020 und 03.12.2020 wurden insgesamt 3.149.372 PCR-Tests durchgeführt, es wurde dafür eine Summe von EUR 110.228.020,00 aufgewendet, für die Massentestaktion weitere EUR 67 Millionen. Diese Gelder wurden ohne qualifizierte Ausschreibungsprozesse und Standardisierung der PCR Test (Vorgaben für die richtigen Ergebnisse, abweichend der Drosten-Tests) vorgenommen. Die Ausgaben müssen dem Grundsatz der Angemessenheit, Zielorientierung und Sparsamkeit entsprechen. Die PCR- und Antigen-Tests werden vorsätzlich und missbräuchlich als Grundlage zur Feststellung von Infektionen eingesetzt, der Straftatbestand des gewerbs- oder bandenmäßigen Betrugs gem §§ 146, 147 und 148 StGB ist hieraus abzuleiten.

5. **Bezahlung von Medien zur Täuschung der Bürger:** Bundeskanzler Kurz hat führende Medienvertreter am 30.10.2020 zu einem sogenannten „Hintergrundgespräch“ eingeladen, es gab jedoch keine Berichterstattung nach außen. Die Bürger sind jedoch berechtigt zu erfahren, was hier besprochen und vereinbart wurde.

   Im Anschluss an dieses Gespräch konnte man beobachten, wie die Mainstream Medien schlagartig Angst und Panik durch neue Schreckensmeldungen verbreitet haben. Mit Sondersendungen und zusätzlichem Budget war dies möglich. Eine APA-Meldung vom 14.05.2020 Wien (OTS/SK): *„Sparen im System heißt für Sebastian Kurz immer Sparen bei den anderen und nie bei sich selbst“, kritisiert SPÖ-Abgeordnete Julia Herr angesichts des exorbitanten Anstiegs der Repräsentationsausgaben im Bundeskanzleramt von 270.000 Euro auf 1,2 Millionen Euro im Budgetvorschlag 2020.“* Für das Budget 2021 stockte man gleich auf 30 Millionen auf. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftskrise nicht verhältnismäßig und als Korruption gem §307a StGB anzusehen. Die unverhältnismäßig hohe Finanzierung der Medien kann nur durch Kürzungen in anderen Budgetbereichen erreicht werden.

6. **Lockdown 2/light:** Seit drei Monaten versuchen wir verstärkt, die Abgeordneten mit umfassenden Unterlagen und Erkenntnissen von externen Experten zu versorgen, um einen weiteren „Lockdown“ zu verhindern. Eine aktuelle Studie US-Elite-Universität Stanford, die Daten aus 61 bereits fertiggestellten Studien zu diesem Thema analysierte, kam zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Sterberate bei Covid-19-Erkrankten bei 0,23 Prozent liegt, was vergleichbar ist mit der Mortalität einer durch-

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

schnittlichen Influenza/Grippe.

Weiters haben wir die VfGH-Urteile vom 22.07.2020 und 01.10.2020, die die Covid-19-Verordnungen als verfassungswidrig erkannten, unter Hinweis auf Dringlichkeit an alle Parteien zugesandt, leider mit minimalem Feedback. Das Ignorieren solch wichtiger Informationen fällt meiner Ansicht nach ebenfalls unter Amtsmissbrauch.

Der 2. Lockdown wurde ebenso wie der erste ohne evidenzbasierte Grundlagen verhängt und hat in Österreich weitere enorme Schäden angerichtet. Amtsmissbrauch gem §302 StGB ist hier vorzuwerfen.

7. **Zwangsimpfungen und Immunität:** Die rasche Zulassung eines Impfstoffs ist das erklärte Ziel der Regierung, um den Notstand, die Ermächtigung des Gesundheitsministers und die verordneten Maßnahmen zu beenden. Es wurde bereits ein Impfplan von der Regierung entwickelt, obwohl die Zulassung eines Impfstoffs zeitlich noch in weiter Ferne liegt, da keine klare Datenlage vorhanden ist.

   Viele Experten, wie zB Prof. Hockertz und Dr. Wodarg, warnen eindringlich davor, diese Impfstoffe in Form einer Notfallszulassung in der EU genehmigen zu lassen. Es gibt kein ausreichende Datenlage, hohe Immunreaktionen wir zB ein Zytokinsturm, dh eine Entgleisung des Immunsystems, seien zu erwarten, weiters Schwangerschaftsunterbindung, Einflussnahme auf immunsupprimierte Personen sowie erhöhte schwere Infektionen durch die Impfung.

   Der Ex-Pfizer-Forschungsleiter Dr. Michael Yeadon und der Lungenfacharzt und ehemalige Gesundheitsamtschef Dr. Wolfgang Wodarg haben bei der EMA, der European Medicine Agency, die für die EU-weite Arzneimittelzulassung zuständig ist, am 01. Dezember 2020 einen Antrag auf die sofortige Aussetzung sämtlicher SARS-CoV-2-Impfstoffstudien, insbesondere die Studie von BioNtech/Pfizer zu BNT162b (EudraCT-Nummer 2020-002641-42) gestellt. Jedes Prüfinstitut, jede Behörde, jeder Arzt und jedes Regierungsmitglied, die in diese behördlich empfohlenen Massimpfungen involviert sind, machen sich strafbar im Rahmen der Körperverletzung §83, §84 StGB, sowie der Beihilfe eines gewerbs- oder bandenmäßigen Betrugs iSd §146, §147, §148 StGB.

Nach dieser strafrechtlichen Kurzübersicht wird nun die Beweisführung zu den einzelnen Punkten dargelegt. Alle die zur Zeit vorgelegten Beweise und Ausführungen dienen der Staatsanwaltschaft ,eine Beweisführung schnell und unkompliziert durchführen zu können. Alle Erhebungen sind auf gutachtlicher Basis, von Gerichte und Experten und lassen somit erkennen, dass Gefahr in Verzug ist und rasch gehandelt werden muss!

Es stehen Gesundheit, Leben, extreme wirtschaftliche Verwerfungen und die Zahlungsunfähigkeit des Landes auf dem Spiel.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 1. Punkt a: Drosten Test nicht validiert - Kein Zulassung für Diagnostik

Drosten und Co haben sogar begonnen den Test zu entwickeln, bevor die Gen-Sequenz überhaupt vorlag:

„Eigentlich haben wir sogar eine ganze Reihe von Testen gemacht, von Kandidatentesten. Und die sind auf der Basis des alten SARS-Coronavirus und einer riesengroßen Diversität von Fledermaus -Coronaviren gemacht worden, also die nächsten Verwandten, die alle in derselben Virusart liegen."

Nach Veröffentlichung der Gen-Sequenz:

„Und dann kam die Sequenz des neuen Coronavirus raus. Dann haben wir das abgeglichen. Die haben wir dann weiter validiert, und zwar mit der Universität Hongkong, der Universität Rotterdam, der nationalen Public-Health-Organisation in London und unseren eigenen Patienten. Es ist eine sehr, sehr große Validierungsstudie durchgeführt worden.Aber wir haben große Zahlen von echten Patientenproben - mit bekannt positiven Nachweisen anderer Coronaviren und auch alle anderen Erkältungsviren, die wir kennen, und davon jeweils eine ganze Anzahl für jedes einzelne Virus -, eine ganze Anzahl von Patientenproben, also Hunderte von Proben mit anderen Coronaviren und anderem Erkältungsvirus, haben wir getestet in diesem Test. Und nicht ein einziges Mal hat es da eine falsch positive Reaktion gegeben." (Quelle: NDR Podcast)

„Also das Ganze wurde ausführlich von verschiedenen Instituten validiert. Das Ganze könnt ihr auch in diesem wissenschaftlichen Paper nachlesen."

Das Wort „diesem" aus dem letzten der zitierten Absätze ist dabei mit folgendem unter diesem Link veröffentlichten Artikel des Christian Drosten und anderen (Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCI?', Euro Surveillance, 2020; Band 25, 3. Ausgabe (Euro Surveillance 2020;25[3]:pii=2000045, nachfolgend manchmal auch ,,Drosten-Corman-Paper") verknüpft: [2]

„In Wuhan ist das größte Sicherheitslabor für Viren in ganz China. Das heißt, da gibt es sehr viele Spezialisten, da gibt es Leute, die kümmern sich den ganzen Tag nur um diese Dinge. Und die haben da offenbar - da gibt es ja auch 11 Millionen Einwohner, große Stadt, große Krankenhäuser, große Intensivabteilungen, da sind immer Leute die beatmet werden, immer Leute die Lungenentzündungen haben, hunderte wahrscheinlich -und die haben bei ein [paar] wenigen Patienten, das waren unter fünfzig Patienten, da haben die mal diese Viren untersucht und dann im Labor nachgeguckt wie ist die RNA und haben eine neue Sorte gefunden. Denen ist das aufgefallen.

Und wenn ein Virologe sowas findet dann tut er das in eine große Datenbank. Und diese Datenbank die ist dann zugänglich auch in Berlin zum Beispiel; die können wir überall dann an-... die können die Wissenschaftler sich dann angucken. Und dann hat man hier in Berlin nachgeguckt, hat verglichen und hat dann versucht dort einen Test zu entwickeln um diese speziellen -angeblich neuen -Viren dort, diese neue Variante dann damit messen zu können.

---

[2] Drosten-Corman-Paper https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Und das ist - da gibt es ein Protokoll das hat Herr Drosten eingereicht bei der WHO und dieser Test ist dann sehr schnell zugelassen worden -normalerweise ist ein Test ein Medizinprodukt und muss validiert werden, das heißt er muss sehr genau kontrolliert werden. Was sagt dieser Test eigentlich? Was misst er eigentlich? Und dieses ist ein In-Hause-Test, der dort in der Charite entwickelt wurde, aber weil es keinen validierten Test gab und die große Panik entstand hat man dann gesagt, gut, dann benutzen wir den überall und dann hat der Drosten den zur Verfügung gestellt.

Das Drosten-Corman-Paper beschreibt eine (RT-) PCR-Methode zur Identifizierung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 (im Paper 2019-nCoV genannt), eines Virus, welches zu den SARS-ähnlichen Beta-Coronaviren gehört. Im Februar 2020 wurde das Coronavirus, das derzeit manchmal die Krankheit Covid-19 verursacht, von einem internationalen Konsortium von Virusexperten als SARS-CoV2 bezeichnet, weil es dem Coronavirus SARS-CoV-1, das manchmal im Jahr 2003 die SARS-Krankheit verbreitete, sehr ähnlich ist. Kurz gesagt beschreibt das Drosten-Corman-Paper ,, ..• die Einrichtung und Validierungeines diagnostischen Arbeitsablaufs für das 2019-nC o V-Screening und die spezifische Bestätigung, der in Abwesenheit verfügbarer Virusisolate oder Original-Patientenproben konzipiert wurde. Design und Validierung wurden durch die enge genetische Verwandtschaft mit dem Virus SARS-Co V-1 von 2003 ermöglicht und durch den Einsatz der synthetischen Nukleinsäuretechnologie unterstützt'. Dieser von der WHO weltweit empfohlene Test wird in dieser Klage -und auch weltweit -auch als „Drosten-Test" bezeichnet.

Die Reverse Transkriptions-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR) ist eine wichtige biomolekulare Technologie zur schnellen Identifizierung seltener RNA-Moleküle. In einem ersten Schritt werden die in der Probe vorhandenen RNA-Moleküle umgekehrt transkribiert, um cDNA zu erhalten. Die cDNA wird dann in der Polymerase-Kettenreaktion unter Verwendung eines spezifischen Primerpaares und eines thermostabilen DNA-Polymerase-Enzyms amplifiziert.

Die Technologie ist hochempfindlich und ihre Nachweisgrenze liegt theoretisch bei 1 Molekül cDNA. Die Spezifität der PCR wird durch biomolekulare Designfehler stark beeinflusst.

Die unbewiesene Annahme in dem Drosten-Corman-Paper ist, dass SARS-CoV-2 das einzige Virus aus der Gruppe der SARS-ähnlichen Beta-Coronaviren ist, welches derzeit Infektionen beim Menschen verursachen kann. Alle Personen, die positiv auf die im DrostenCorman-Paper beschriebene RT-PCR testen, gelten somit als positiv für SARS-CoV-2. Die Sequenzen, auf denen ihre PCR-Methode basiert, sind in silico-Sequenzen, die von einem Labor in China ermittelt wurden, da Drosten pp. zum Zeitpunkt der Entwicklung des PCR-Tests weder Kontrollmaterial von infektiösem ("live") oder inaktiviertem SARS-CoV-2, noch isolierte genomische RNA des Virus zur Verfügung stand. Der PCR-Test wurde daher unter Verwendung der Sequenz des SARS-CoV-1 als Kontrollmaterial für die Sarbeco-Komponente konzipiert, wie im Corman-Drosten paper auch ausgeführt:

> *"To obtain a preliminary assessment of analytical sensitivity, we used purified ce/1 culture supernatant containing SARS-Co V strain Frankfurt-1 virions grown on Vero cel/s."*

Übersetzung:

> *"Um eine vorläufige Beurteilung der analytischen Sensitivität zu erhalten, verwendeten wir gereinigte Zellkulturüberstände, die auf Vero-Zellen gezüchtete SARSCo V-Virionen des*

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Stammes Frankfurt-1 enthielten."

Corman, Drosten et. al. haben bei Schaffung des Drosten-Tests schwere wissenschaftliche Fehler hinsichtlich des biomolekularen Designs der Primer, der PCR-Methode sowie der molekularen Validierung der im Drosten-Corman-Paper beschriebenen PCR-Produkte und -Methoden - versehentlich oder absichtlich - gemacht. Das Drosten-Corman-Paper selbst deutet darauf hin, dass dieser Test selbst unter kontrollierten Laborbedingungen eine große Anzahl falsch-positiver Ergebnisse erzeugen muss, was ihn als zuverlässige Viren Screeningmethode beim Menschen völlig ungeeignet macht. Angesichts der weitreichenden globalen Implikationen dieses Test muss der Drosten-Test sofort rückwirkend als nicht validiert und unvalidierbar eingestuft Paper zurückgezogen werden. Entsprechende Bemühungen einer Reihe hoch angesehener internationaler Wissenschaftler laufen.“

Zu 1 Punkt b: Die Anforderungen an einen validationstauglichen PCT-Test sind:

Die Konzentration der Primer und Detection Probes muss im optimalen Bereich (100-200 nM) liegen;

sie müssen spezifisch für das Ziel (= das Gen, das Sie amplifizieren wollen) sein;

sSie müssen einen optimalen Prozentsatz des GC-Gehalts im Verhältnis zu den gesamten Stickstoffbasen aufweisen (mindestens 40%, maximal 60%);

für Virusdiagnostik müssen mindestens drei Primerpaare drei virale Gene nachweisen (vorzugsweise möglichst weit voneinander entfernt im viralen Genom).

Die Temperatur, bei der alle Reaktionen ablaufen, die DNA-Schmelztemperatur muss > 92° C sein;

DNA-Amplifikations-Temperatur (TaqPol-spezifisch);

Tm (die Schmelztemperatur [Annealing-Temperatur] eines Primers hängt von seiner
Länge und seiner Zusammensetzung [GC-Gehalt] ab):

Annealing-Temperatur (also die Temperatur, bei der die Primer und Detection Probes die Zielbindung/Ablösung erreichen) darf 2°C pro Primerpaar nicht überschreiten). Tm hängt stark vom GC-Gehalt der Primer ab.

Die Anzahl der Amplifikationszyklen (weniger als 35; vorzugsweise 25-30 Zyklen). Im
Falle eines Virusnachweises werden bei >35 Zyklen nur Signale detektiert, die nicht mit dem infektiösen Virus korrelieren, wie es durch Isolierung in Zellkultur bestimmt wurde;

Molekularbiologische Validierungen; amplifizierte PCR-Produkte müssen entweder durch Ausführen der Produkte in einem Gel mit einem DNA-Lineal oder durch direkte DNA-Sequenzierung validiert werden;

Positiv- und Negativkontrollen zur Bestätigung/Widerlegung des spezifischen Virusnachweises müssen existieren.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Es sollte eine Standardarbeitsanweisung (Standard Operational Procedure, SOP) zur Verfügung stehen, welche die oben genannten Parameter eindeutig spezifiziert -und zwar so, dass alle Laboratorien in der Lage sind, exakt die gleichen Testbedingungen einzurichten. Eine validierte universelle SOP ist unerlässlich, da sie einen Vergleich der Daten innerhalb der Länder und zwischen den Ländern ermöglicht.

Zur Tauglichkeit des Drosten-Tests für die Validierung gibt es schon aus einem formalwissenschaftlichen Blickwinkel Bedenken:

In Tabelle 1 des Drosten-Corman-Papers werden falsche Abkürzungen aufgeführt. Es ist "nM" anzugeben und nicht "nm" (wird aber im Paper trotzdem angegeben; ,,nm" steht nach internationalen Standards für „Nanometer“, was für eine chemische Konzentration unsinnig ist).

Es ist wissenschaftlicher Konsens, genetische Sequenzen immer in der 5'-3'-Richtung zu schreiben, einschließlich der Reverse Primer. Daher ist es höchst ungewöhnlich, ein Alignment mit reverser komplementärer Schreibweise der Primersequenz durchzuführen, wie es die Drosten et al. in Abbildung 2 ihres Papiers taten. Hier wird zusätzlich eine Wackelbasis als "y" markiert, ohne Beschreibung der Basen, für die das „y" steht.

Zwei weitere irreführende Fallstricke des Drosten-Corman-Papers sind, dass ihre Tabelle 1 keine Tm-Werte (die Schmelztemperatur [Annealing-Temperatur] eines Primers) enthält und auch keine GC-Werte (Anzahl von G und C in den Sequenzen als %-Wert der Gesamtbasen) angibt.

Zu 1. Punkt c: Primer-Entwurf fehlerhaft, fehlerhafte Primerkonzentrationen

Zuverlässige und genaue PCR-Testprotokolle werden normalerweise unter Verwendung von 100 nM bis 200 nM pro Primer erstellt.

Im Drosten-Corman-Paper finden sich ungewöhnlich hohe und variierende Primerkonzentrationen für mehrere Primer (Tabelle 1). Für die Primerpaare RdRp_SARSr-F und RdRp_SARSr-R werden 600 nM beziehungsweise 800 „nm" beschrieben. In ähnlicher Weise wird für die Primerpaare N_Sarbeco_F und N_Sarbeco_R 600 nM beziehungsweise 800 „nm" empfohlen.

Es ist klar, dass diese Konzentrationen viel zu hoch sind, um optimale Konzentrationen für die spezifische Amplifikation von Zielgenen zu sein. Vielmehr führen diese Konzentrationen zu erhöhter unspezifischer Bindung und Amplifikation von PCR-Produkten, welche wiederum zu einer undefinierbaren Quote von falsch-positiven Ergebnissen führen.

Tabelle 1: Primer und Detection Probes (adaptiert vom Drosten-Corman-Paper; fehlerhafte Primerkonzentrationen sind hervorgehoben)

Um reproduzierbare und vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, ist es wichtig, die Primerpaare eindeutig zu definieren.

Im Drosten-Corman-Paper existieren gleich sechs unspezifizierte Positionen, welche durch die Buchstaben R, W, M und S gekennzeichnet sind (Tabelle 2).

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Assay/use	Oligonucleotide	Sequence[a]	Concentration[b]
RdRP gene	RdRp_SARSr-F	GTGARATGGTCATGTGTGGCGG	Use 600 nM per reaction
	RdRp_SARSr-P2	FAM-CAGGTGGAACCTCATCAGGAGATGC-BBQ	Specific for 2019-nCoV, will not detect SARS-CoV. Use 100 nM per reaction and mix with P1
	RdRP_SARSr-P1	FAM-CCAGGTGGWACRTCATCMGGTGATGC-BBQ	Pan Sarbeco-Probe will detect 2019-nCoV, SARS-CoV and bat-SARS-related CoVs. Use 100 nM per reaction and mix with P2
	RdRp_SARSr-R	CARATGTTAAASACACTATTAGCATA	Use 800 nM per reaction
E gene	E_Sarbeco_F	ACAGGTACGTTAATAGTTAATAGCGT	Use 400 nm per reaction
	E_Sarbeco_P1	FAM-ACACTAGCCATCCTTACTGCGCTTCG-BBQ	Use 200 nm per reaction
	E_Sarbeco_R	ATATTGCAGCAGTACGCACACA	Use 400 nm per reaction
N gene	N_Sarbeco_F	CACATTGGCACCCGCAATC	Use 600 nm per reaction
	N_Sarbeco_P	FAM-ACTTCCTCAAGGAACAACATTGCCA-BBQ	Use 200 nm per reaction
	N_Sarbeco_R	GAGGAACGAGAAGAGGCTTG	Use 800 nm per reaction

[a] W is A/T; R is G/A; M is A/C; S is G/C. FAM: 6-carboxyfluorescein; BBQ: blackberry quencher.
[b] Optimised concentrations are given in nanomol per litre (nM) based on the final reaction mix, e.g. 1.5 µL of a 10 µM primer stock solution per 25 µL total reaction volume yields a final concentration of 600 nM as indicated in the table.

Nicht spezifizierte ("wacklige") Primer- und Detection Probessequenzen:

Der Buchstabe W bedeutet, dass es an dieser Position entweder ein A oder ein T geben kann; R bedeutet, dass es entweder ein G oder ein A geben kann; M bedeutet, dass die Position entweder ein A oder ein C sein kann; der Buchstabe S bedeutet, dass es an dieser Position entweder ein G oder ein C geben kann.

Diese hohe Anzahl von Varianten ist nicht nur ungewöhnlich, sie ist auch für Laboratorien höchst verwirrend. Welche Primer sollten mit sechs nicht spezifizierten wackeligen Positionen entworfen werden? Es gibt auf der Grundlage des Papers 14 (!) Möglichkeiten, Primersequenzen zu entwerfen: 2 verschiedene RdRp_SARSr_F Primer + 8 verschiedene RdRp_SARS_P1 Prim er+ 4 verschiedene RdRp_SARSr_R Prim er. Dadurch wird eine enorme Variabilität im Testdesign pro Labor eingeführt. Daher ist die verwirrende unspezifische Beschreibung im Drosten-Corman-Paper keineswegs als operatives Standardprotokoll geeignet. Diese nicht spezifizierten Positionen hätten eindeutig gestaltet werden müssen.

Tabelle 2: Primer und Detection Probes (nach Drosten-Corman-Paper; nicht spezifizierte ("wacklige") Nukleotide in den Primern sind hervorgehoben)

Die Teststrategie innerhalb des WHO-Protokolls (Abbildung 1), die sich direkt aus der Eurosurveillance-Publikation ableitet, legt nahe: Zuerst das E-Gen, dann das RdRp-Gen als Kontrolle, welches im Drosten-Test a) Unsicherheit in der Vorwärts-Primer-Sonde; b) Unsicherheiten in der Rückwärts-Primer-Sonde und c) "Wackel"-Punkte an der zweiten RdRPPrimer-Sonde aufweist.

Die N-Gen-PCR, die ebenfalls aufgrund von Abbildung 1 etabliert wurde, wird weder in das PCR-Protokoll "für einen Routine-Workflow" noch in den Validierungs-Panel-Test einbezogen (Tabelle 2).

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Assay/use	Oligonucleotide	Sequence[a]	Concentration[b]
RdRP gene	RdRp_SARSr-F	GTGARATGGTCATGTGTGGCGG	Use 600 nM per reaction
	RdRp_SARSr-P2	FAM-CAGGTGGAACCTCATCAGGAGATGC-BBQ	Specific for 2019-nCoV, will not detect SARS-CoV. Use 100 nM per reaction and mix with P1
	RdRP_SARSr-P1	FAM-CCAGGTGGWACRTCATCMGGTGATGC-BBQ	Pan Sarbeco-Probe will detect 2019-nCoV, SARS-CoV and bat-SARS-related CoVs. Use 100 nM per reaction and mix with P2
	RdRp_SARSr-R	CARATGTTAAASACACTATTAGCATA	Use 800 nM per reaction
E gene	E_Sarbeco_F	ACAGGTACGTTAATAGTTAATAGCGT	Use 400 nm per reaction
	E_Sarbeco_P1	FAM-ACACTAGCCATCCTTACTGCGCTTCG-BBQ	Use 200 nm per reaction
	E_Sarbeco_R	ATATTGCAGCAGTACGCACACA	Use 400 nm per reaction
N gene	N_Sarbeco_F	CACATTGGCACCCGCAATC	Use 600 nm per reaction
	N_Sarbeco_P	FAM-ACTTCCTCAAGGAACAACATTGCCA-BBQ	Use 200 nm per reaction
	N_Sarbeco_R	GAGGAACGAGAAGAGGCTTG	Use 800 nm per reaction

W is A/T; R is G/A; M is A/C; S is G/C. FAM: 6-carboxyfluorescein; BBQ: blackberry quencher.
[b] Optimised concentrations are given in nanomol per litre (nM) based on the final reaction mix, e.g. 1.5 µL of a 10 µM primer stock solution per 25 µL total reaction volume yields a final concentration of 600 nM as indicated in the table.

Wären alle drei Gen-PCRs durchgezogen worden, wäre dies ein gutes diagnostisches Werkzeug zum Nachweis von Virus-RNA gewesen. Dieser Drei-Schritte-Vorschlag würde jeden Fehler/jede Unsicherheit bei jedem Faltungsschritt in Bezug auf "Wackel"-Punkte minimieren, bis nichts mehr übrig bleibt.

Da im Drosten-Corman-Paper und im entsprechenden offiziellen WHO-Protokoll jedoch nur zwei Gene für den Routineablauf empfohlen wurden, wurden in fast allen Testverfahren weltweit nur zwei Primer-Matches statt aller drei verwendet. Darüber hinaus weisen diese Gene die Unsicherheit auf, dass sie innerhalb der nahe verwandten Viren sehr ähnliche Gensequenzen aufweisen, also nicht sichergestellt ist, dass die PCR hochspezifisch nur SARS-CoV-2 erkennt.

Die ungewöhnlichen Wackelbasen haben bereits zu einer Quelle der Besorgnis in der Fachwelt geführt und zu einem Leserbrief von Pillonel et al. über eklatante Fehler in den beschriebenen Sequenzen. Diese Fehler sind auch in der Beilage von Corman et al. offensichtlich.

Abbildung 1: Eine 3-stufige Verifikation, die jedoch nur auf den E-und RdRp-Genen basiert, wird in der offiziellen WHO-Protokollempfehlung beschrieben, ist aber in der Eurosurveillance-Publikation nicht so angegeben, wie sie es sein sollte.

Background
We used known SARS- and SARS-related coronaviruses (bat viruses from our own studies as well as literature sources) to generate a non-redundant alignment (excerpts shown in Annex). We designed candidate diagnostic RT-PCR assays before release of the first sequence of 2019-nCoV. Upon sequence release, the following assays were selected based on their matching to 2019-nCoV as per inspection of the sequence alignment and initial evaluation (Figures 1 and 2).

All assays can use SARS-CoV genomic RNA as positive control. Synthetic control RNA for 2019-nCoV E gene assay is available via EVAg. Synthetic control for 2019-nCoV RdRp is expected to be available via EVAg from Jan 21st onward.

First line screening assay: E gene assay
Confirmatory assay: RdRp gene assay

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Die Auswirkungen eines fehlerhafte GC-Gehaltes wurden bereits oben in Zusammenhang mit der Annealing-Temperatur dargelegt.

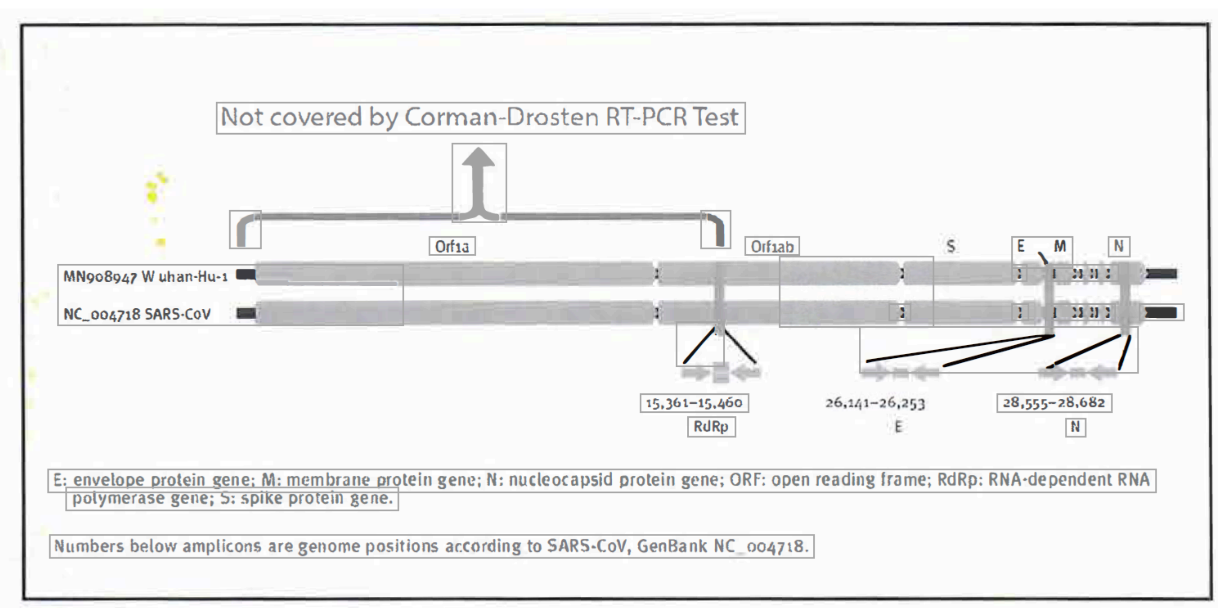
Zu 1. Punkt d: Nachweis von Teilen des Genoms von SARS-CoV-2

Für eine Bestätigungsdiagnose eines spezifischen Virus müssen mindestens 3 Primerpaare eingesetzt werden, um 3 virusspezifische Gene nachzuweisen. Vorzugsweise sollten diese Gene möglichst weit voneinander entfernt im viralen Genom gefunden werden (entgegengesetzte Enden eingeschlossen). Obwohl das Drosten-Corman-Paper 3 Primer beschreibt, decken diese Primer nur etwa die Hälfte des Virusgenoms ab. Selbst wenn man also in einer Probe drei positive Signale erhält (d.h. die drei Primerpaare ergeben 3 verschiedene Amplifikationsprodukte), ist dies kein Beweis für das Vorhandensein von SARS-COV-2.

Ein besseres Primerdesign wären terminale (auf das jeweilige Ende des Genoms zielende) Primer auf beiden Seiten des Virusgenoms gewesen. Dies, weil damit theoretisch das gesamte virale Genom abgedeckt wäre und drei positive Signale dabei helfen könnten, um besser zwischen dem möglichen Vorliegen eines vollständigen (und damit potenziell infektiösen) Virusgenoms und dem Vorliegen von fragmentierten viralen Genomteilen (ohne infektiöse Potenz) unterscheiden könnten. Um nach internationalem Standard einen validen Schluss auf eine mögliche Infektiosität zulassen zu können, hätte das Orh-Gen, welches für das essentielle Replikase-Enzym der SARS-CoV-Viren kodiert, als Ziel aufgenommen werden müssen.

Die Positionierung der Targets in der Region des viralen Genoms, die am stärksten und variabelsten transkribiert wird, ist eine weitere schwere Schwachstelle des Drosten-Tests. Kirn et al. zeigen eine hochvariable 3'-Expression der subgenomischen RNA in Sars-CoV-2 (11]. Diese RNAs werden als Signaturen für asymptomatische und nicht infektiöse Patienten aktiv überwacht

Abbildung 2: Relative Positionen von Amplikon-Targets auf dem SARS-Coronavirus und dem 2019 neuartigen Coronavirus-Genom. ORF: offener Leserahmen; RdRp: RNA-abhängige RNA-Polymerase. Zahlen unterhalb von Amplikon sind Genompositionen gemäß SARS-CoV,



Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

NC_oo4718;
Temperatur, bei der alle Reaktionen ablaufen:

Die Annealing-Temperatur bestimmt, bei welcher Temperatur sich der Prim er an die Zielsequenz anlagert beziehungsweise von ihr ablöst. Für eine effiziente und spezifische Amplifikation sollte der GC-Gehalt der Primer mindestens 40% und höchstens 60% betragen. Wie in Tabelle 3 angegeben liegen drei der im Drosten-Corman-Paper beschriebenen Primer nicht innerhalb des normalen Bereichs für den GC-Gehalt.

Zwei Primer (RdRp_SARSr_F und RdRp_SARSr_R) weisen einen ungewöhnlichen und sehr niedrigen GC-Wert von 28-31% für alle möglichen Varianten von Taumelbasen auf, wohingegen Primer E_Sarbeco_F einen GC-Wert von 34,6% aufweist (Tabelle 3 und untere Tafel von Tabelle 3).

Es ist zu beachten, dass der GC-Gehalt aufgrund seiner drei Wasserstoffbrückenbindungen in der Basenpaarung die Bindung an sein spezifisches Ziel weitgehend bestimmt. Je geringer also der GC-Gehalt des Primers, desto geringer ist seine Bindungsfähigkeit an seine spezifische Zielgensequenz (d.h. das nachzuweisende Gen).

Das heißt, damit eine Zielsequenz erkannt wird, ist eine Temperatur zu wählen, die möglichst nahe an der tatsächlichen Annealing-Temperatur liegt (Best-Practice-Wert), damit sich der Primer nicht wieder ablöst und gleichzeitig auch die Zielsequenz spezifisch angreift.

Wenn der Tm-Wert sehr niedrig ist, wie vorliegend bei allen Wobble-Varianten der RdRpReverse-Primer beobachtet, können sich die Primer unspezifisch an mehrere Targets binden, was die Zuverlässigkeit des Tests weiter verringert. Die Annealing-Temperatur (Tm) ist entscheidend und wesentlich für die Bewertung der Genauigkeit von qPCR-Protokollen. Beste Praxis: Beide Primer (vorwärts und rückwärts) sollten einen fast ähnlichen Wert haben, vorzugsweise den exakt gleichen Wert.

Verwendet man die frei verfügbare Primer-Designsoftware Primer-BLAST [9], um die BestPractice-Werte für alle im Drosten-Corman-Paper verwendeten Primer zu testen (Tabelle 3 und Bodenplatte), zum zu versuchen, einen Tm-Wert von 60° C zu finden, während man in ähnlicher Weise den höchstmöglichen GC%-Wert für alle Prim er anstrebt (dabei wurde ein maximaler Tm-Unterschied von 2° C innerhalb der Primerpaare als akzeptabel erachtet), beobachtet man eine Differenz von 10° C w.r.t. der Glühtemperatur -e Tm für Primerpaar 1 (RdRp_SARSr_F und RdRp_SARSr_R).

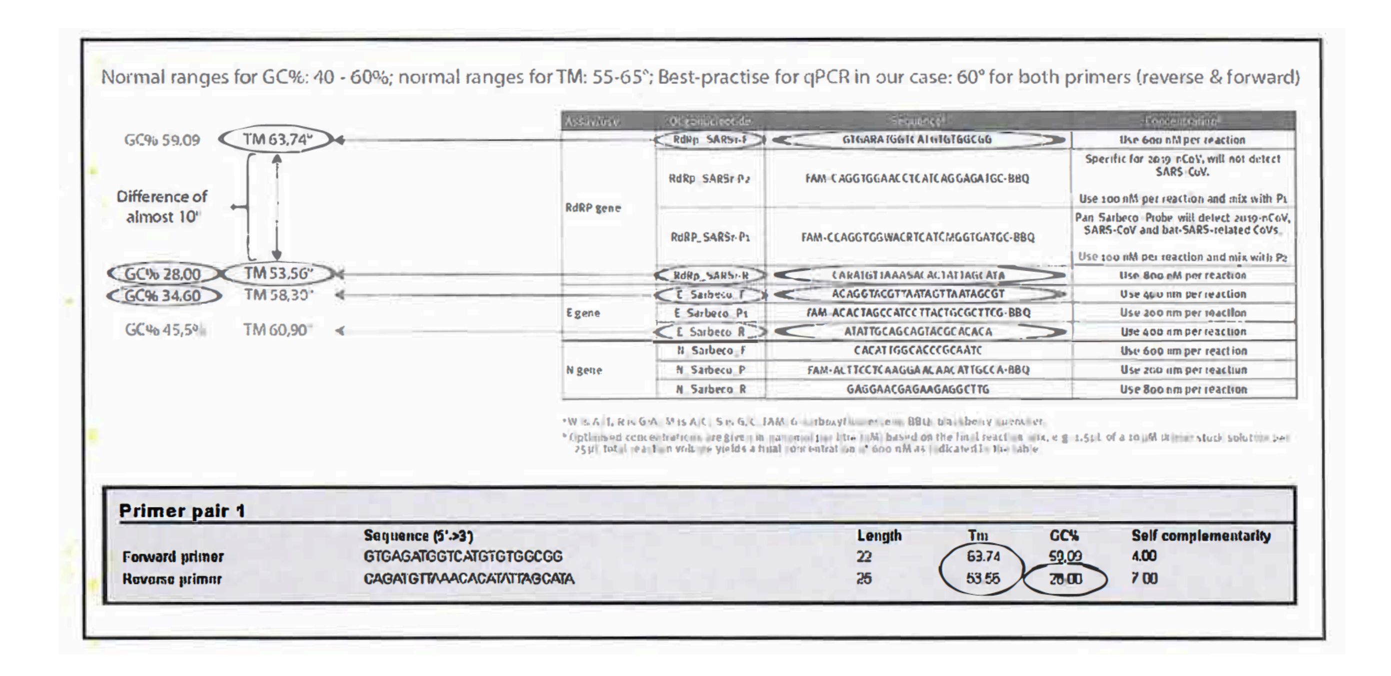
Dies Ist ein sehr schwerwiegender Designfehler und macht den Drosten-Test nutzlos.

Tabelle 3: GC-Gehalt der Primer und Detection Probes (adaptiert von Drosten-Corman-Paper; Aberrationen von optimierten GC-Gehalten sind hervorgehoben. Untere Tafel: Be
rechnete GC und Tm für Primerpaar1 (RdRp_SARSr_F und RdRp_SARSr_R) mit R = G und S = C).

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504



Assay/use	Oligonucleotide	Sequence	Concentration
RdRP gene	RdRp_SARSr-F	GTGARATGGTCATGTGTGGCGG	Use 600 nM per reaction
	RdRp_SARSr-P2	FAM-CAGGTGGAACCTCATCAGGAGATGC-BBQ	Specific for 2019-nCoV, will not detect SARS-CoV. Use 100 nM per reaction and mix with P1
	RdRP_SARSr-P1	FAM-CCAGGTGGWACRTCATCMGGTGATGC-BBQ	Pan Sarbeco-Probe will detect 2019-nCoV, SARS-CoV and bat-SARS-related CoVs. Use 100 nM per reaction and mix with P2
	RdRp_SARSr-R	CARATGTTAAASACACTATTAGCATA	Use 800 nM per reaction
E gene	E_Sarbeco_F	ACAGGTACGTTAATAGTTAATAGCGT	Use 400 nm per reaction
	E_Sarbeco_P1	FAM-ACACTAGCCATCCTTACTGCGCTTCG-BBQ	Use 200 nm per reaction
	E_Sarbeco_R	ATATTGCAGCAGTACGCACACA	Use 400 nm per reaction
N gene	N_Sarbeco_F	CACATTGGCACCCGCAATC	Use 600 nm per reaction
	N_Sarbeco_P	FAM-ACTTCCTCAAGGAACAACATTGCCA-BBQ	Use 200 nm per reaction
	N_Sarbeco_R	GAGGAACGAGAAGAGGCTTG	Use 800 nm per reaction

Primer pair 1

	Sequence (5'->3')	Length	Tm	GC%	Self complementarity
Forward primer	GTGAGATGGTCATGTGTGGCGG	22	63.74	59.09	4.00
Reverse primer	CAGATGTTAAACACATATTAGCATA	25	53.55	28.00	7.00

Zusätzliche Tests mit dieser Methode zeigten, dass nur das Primerpaar zur Amplifikation des N-Gens (N_Sarbeco_F und N_Sarbeco_R) den adäquaten Standard für einen diagnostischen Test erreicht, da es einen ausreichenden GC-Gehalt aufweist und die Tm-Differenz zwischen den Primern (N_Sarbeco_F und N_Sarbeco_R) 1,85° C beträgt (unterhalb des entscheidenden Maximums von 2° C Differenz). Zusätzlicher Hinweis: Dies ist das Gen, das weder in den Virusproben (Tabelle 2) getestet, noch als Bestätigungstest beschrieben wird.

Zusätzlich zu den stark variablen Schmelztemperaturen und degenerierten Sequenzen in diesen Primern sind die dNTPs (o,4uM) 2X höher als für die hochspezifische Amplifikation empfohlen. Der Reaktion wird zusätzlich Magnesiumsulfat zugesetzt. Dies kann in Kombination mit einer niedrigen Annealing-Temperatur zu unspezifischer Amplifikation führen. Wenn zusätzliches Magnesium für die qPCR benötigt wird, sollte die Spezifität des Assays weiter untersucht werden.

Bereits die hier beschriebenen Designfehler sind für sich genommen so schwerwiegend, dass eine spezifische Amplifikation von SARS-CoV-2 nach dem Protokoll des Drosten-Corman-Papers als nahezu ausgeschlossen gelten kann.

Zu 1. Punkt e: Die Anzahl der Ampllflkatlonszyklen, es sei darauf hingewiesen, dass im Drosten-eorman-Paper nirgends erwähnt wird, ab welchen Werten ein Test positiv oder negativ ist. Die Art von Tests muss auf einer SOP basieren welche eine validierte und festgelegt Anzahl von PeR-Zyklen (et-Wert) nennt, welche festlegen, ab wann ein Testergebnis als positiv oder negativ zu bewerten ist.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Der maximale, noch halbwegs zuverlässige et-Wert beträgt 30 Zyklen (s.o.). Oberhalb eines et-Wertes von 35 Zyklen muss eine erheblich zunehmende Anzahl falsch positiver Ergebnisse berücksichtigt werden. PeR-Daten, die nach einem et-Wert von 35 Zyklen als positiv bewertet werden, sind völlig unzuverlässig. In der Tat zeigen wissenschaftliche Studien, dass nur nicht infektiöse (tote) Viren mit et-Werten von 35 nachgewiesen werden [2]. Zwischen 30 und 35 gibt es eine Grauzone, in der ein positiver Test nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann. Dieser Bereich sollte ausgeschlossen werden.

Natürlich könnte man 45 PeR-Zyklen durchführen, wie es das Drosten-Corman-Paper empfiehlt (Abbildung 2), aber dann muss man auch einen „vernünftigen" et-Wert definieren (der 30 nicht überschreiten sollte). Ein Analysenergebnis mit einem et-Wert von 45 ist wissenschaftlich und diagnostisch absolut bedeutungslos. All dies hätte im Paper kommuniziert werden müssen (was -versehentlich oder absichtlich -unterblieben ist).

Es ist ein großer Fehler, dass das Drosten-Corman-Paper diese Ct-Schwellenwerte überhaupt nicht erwähnt -auch nicht in zusätzlichen Einreichungen und offiziellen Veröffentlichungen/ Nachträgen.

Abbildung 3: Empfohlener RT-PeR-Kit -wie in der offiziellen Drosten-Corman WHO-Empfehlung angegeben. Es ist lediglich ein "Cycler"-Wert (Zyklen) ohne entsprechenden und wissenschaftlich sinnvollen Ct (Cutoff-Wert) angegeben. Dies verhält sich auch im Drosten-Corman-Paper so.

3. Discrimatory assay

RdRp assay:

MasterMix:	Per reaction	
H_2O (RNAse free)	1.1 µl	
2x Reaction mix*	12.5 µl	
$MgSO_4$(50mM)	0.4 µl	
BSA (1 mg/ml)**	1 µl	
Primer RdRP_SARSr-F2 (10 µM stock solution)	1.5 µl	GTGARATGGTCATGTGTGGCGG
Primer RdRP_SARSr-R1 (10 µM stock solution)	2 µl	CARATGTTAAASACACTATTAGCATA
Probe RdRP_SARSr-P2 (10 µM stock solution)	0.5 µl	FAM-CAGGTGGAACCTCATCAGGAGATGC-BBQ
SSIII/Taq EnzymeMix*	1 µl	
Total reaction mix	20 µl	
Template RNA, add	5 µl	
Total volume	25 µl	

* Thermo Fischer/Invitrogen: SuperScriptIII OneStep RT-PCR System with Platinum® Taq DNA Polymeraso
** MgSO4 (50 mM) [Sigma], This component is not provided with the OneStep RT-PCR kit
*** non-acetylated [Roche].

Cycler:
55°C 10'
94°C 3'
94°C 15"
58°C 30" 45x

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 1. Punkt f: Unterbliebene molekularbiologische Valldierungen

Um festzustellen, ob es sich bei den amplifizierten Produkten tatsächlich um Teile des SARS-CoV-2-Genoms handelt, ist eine biomolekulare Validierung der PCR-Produkte unerlässlich. Für einen diagnostischen Test ist diese Validierung ein absolutes Muss.

Die Validierung der PCR-Produkte sollte durchgeführt werden, indem man entweder das PCR-Produkt in einem 1%igen Agarose-EtBr-Gel zusammen mit einem Größenindikator (DNA-Lineal oder DNA-Leiter) laufen lässt, so dass die Größe des Produkts abgeschätzt werden kann. Die Größe muss der berechneten Größe des Amplifikationsprodukts entsprechen. Noch besser ist es jedoch, das Amplifikationsprodukt zu sequenzieren.

Letzteres gibt 100% Sicherheit über die Identität des Amplifikationsprodukts. Ohne molekulare Validierung kann man sich über die Identität der amplifizierten PCR-Produkte nicht sicher sein. In Anbetracht der oben beschriebenen schweren Designfehler können die PCRProdukte alles sein.
Bei kleinen Fragmenten der qPCR (ca. 10obp) wird zusätzlich ein weiterer Aspekt im Drosten-Corman-Paper nicht erwähnt:

Es kann entweder ein 1,5°/o Agarosegel oder sogar ein Acrylamidgel sein.

Dass die PCR-Produkte des Drosten-Tests nicht auf molekularer Ebene valldlert wurden, Ist ein weiterer schwerer Fehler und macht den Test nutzlos.

Zu 1. Punkt g: Positiv-und Negativkontrollen zur Bestätigung/Widerlegung des spezifischen Virusnachweises

Die unbestätigte Annahme, die dem im Drosten-Corman-Paper beschriebenen Test zugrunde liegt, ist, dass SARS-CoV-2 das einzige Virus aus der SARS-ähnlichen Beta-Coronavirus-Gruppe ist, das derzeit Infektionen beim Menschen verursacht. Die Sequenzen, auf denen ihre PCR-Methode basiert, sind in silico-Sequenzen, die von einem Labor in China geliefert wurden, da zum Zeitpunkt der Entwicklung des PCR-Tests kein Kontrollmaterial von infektiösem ("live") oder inaktiviertem SARS-CoV-2 für die Autoren zur Verfügung stand.

Der PCR-Test wurde daher unter Verwendung der Sequenz des bekannten SARSCoV als Kontrollmaterial für die Sarbeco-Komponente konzipiert (Dr. Adam Meijer, Co-Autor des Drosten-Corman-Papers in einem E-Mail-Austausch mit Dr. Peter Borger).

Bei allen Personen, die positiv auf den RT-PCR-Test, wie im Drosten-Corman-Paper beschrieben, getestet werden, wurde angenommen, dass sie mit SARS-CoV-infiziert Infektionen reagieren. Diese Annahme ist mit drei schweren Fehlern behaftet.

Erstens kann ein positiver Test auf die im Drosten-Corman-Paper beschriebenen RNA-Moleküle nicht mit einer "Infektion mit einem Virus" gleichgesetzt werden. Ein positiver RTPCR-Test zeigt lediglich das Vorhandensein von viralen RNA-Molekülen an. Wie schon oben erwähnt war der Drosten-Test nicht für den Nachweis des Virus in voller Länge, sondern bestenfalls (hätte es seine anderen schweren, ihn unbrauchbar machenden Mängel nicht gegeben) nur für den Nachweis eines Fragments des Virus ausgelegt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zweitens konnte keine echte spezifische Positivkontrolle -bei der es sich um die SARSCoV-2-RNA gehandelt haben muss -zuverlässige Ergebnisse liefern.

Drittens heißt es im Drosten-Corman-Paper:

> *"Um zu zeigen, dass die Assays auch andere Fledermaus-assoziierte SARS-verwandte Viren nachweisen können, haben wir mit dem E-Gen-Assay sechs von Fledermäusen stammende Kotproben getestet, die von Drexler et al. [. ..] und Muth et al. zur Verfügung stehen. Diese viruspositiven Proben stammten von europäischen Nashornfledermäusen. Der Nachweis dieser phylogenetischen Ausreißer innerhalb der SARS-verwandten Co V-Kategorie lässt vermuten, dass wahrscheinlich alle asiatischen Viren nachgewiesen werden. Dies würde theoretisch eine breite Sensitivität selbst im Falle mehrerer unabhängiger Akquisitionen von Virusvarianten aus einem Tierreservoir gewährleisten."*

Diese Aussage zeigt, dass das im RT-PCR-Test verwendete E-Gen, wie im Drosten-CormanPaper beschrieben, nicht spezifisch für SARS-CoV-2 ist. Die E-Gen-Primer weisen auch ein breites Spektrum anderer SARS-Viren nach.

Das Genom des Coronavirus ist das größte aller RNA-Viren, die den Menschen infizieren, und sie haben alle eine sehr ähnliche molekulare Struktur. Dennoch haben SARS-CoV-1 und SARS-CoV-2 zwei hochspezifische genetische Fingerabdrücke die sie von den anderen Coronaviren unterscheiden.

Es ist eine einzigartige Fingerabdruck-Sequenz (KTFPPTEPTEPKKDKKKKK) im N-Protein von SARS-CoV-1 und SARS-CoV-2 vorhanden, zweitens enthalten sowohl SARS-CoV-1 als auch SARS-CoV-2 das HE-Protein nicht, während alle anderen Coronaviren dieses Gen besitzen. Um also ein SARS-CoV-1-und SARSCoV-2-PCR-Produkt spezifisch nachzuweisen, hätte die obige Region im N-Gen das Amplifikationsziel sein müssen. Ein zuverlässiger diagnostischer Test sollte sich auf diese spezifische Region im N-Gen konzentrieren. Und gerade die PCR für dieses N-Gen wurde vom Drosten-Corman-Paper weder weiter validiert noch als Testgen empfohlen, weil sie mit der SARS-CoV-Originalsonde "nicht so empfindlich" sei.

Darüber hinaus macht das fehlen des HE-Gens sowohl bei SARS-CoV-1 als auch bei SARSCoV-2 dieses Gen zur idealen Negativkontrolle, um andere Coronaviren auszuschließen. Das Drosten-Corman-Paper enthält weder diese Negativkontrolle, noch enthält es andere Negativkontrollen. Der PCR-Test im Drosten-Corman-Paper enthält daher weder eine einzige Positivkontrolle noch eine Negativkontrolle, um das Vorhandensein anderer Coronaviren auszuschließen. Dies ist ein weiterer wesentlicher Konstruktionsfehler, der den Test für die Diagnose ungeeignet und unvalidierbar macht!.

Zu 1. Punkt h: Die Standardarbeitsanweisung (SOP) Ist nicht verfügbar

Es sollte eine Standardarbeitsanweisung (Standard Operational Procedure, SOP) zur Verfügung stehen, die die oben genannten Parameter eindeutig spezifiziert, so dass alle Laboratorien in der Lage sind, exakt die gleichen Testbedingungen einzurichten. Eine validierte universelle SOP ist unerlässlich, da sie einen Vergleich der Daten innerhalb der Länder und zwischen den Ländern ermöglicht. Es ist sehr wichtig, alle Primer-Parameter eindeutig zu spezifizieren. Dies ist beim Drosten-Test nicht geschehen. Außerdem ist der Ct-Seite 50 von 54 Wert, der angibt, wann eine Probe als positiv oder negativ zu betrachten ist, nicht spezifiziert.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Es wird auch nicht angegeben, wann eine Probe als mit SARS-eoV-Viren infiziert gilt. Wie oben gezeigt, kann der Test nicht zwischen Virus und Virusfragmenten unterscheiden, daher ist der et-Wert, der die Bewertung des Tests als positiv auslöst, besonders wichtig.

Dieser et-Wert hätte in der Standard-Arbeitsanweisung (SOP) beschrieben werden müssen, die online gestellt hätte werden müssen, so dass alle Laboratorien, die diesen Test durchführen, exakt die gleichen Randbedingungen haben. Die durch Drosten et al. unterlassene Erstellung einer solchen SOP ist als grob fahrlässig zu bezeichnen.

Den Labors steht es somit frei, den Test so durchzuführen, wie sie es für angemessen halten, was zu einer enormen Variationsbreite führt. Die Laboratorien in ganz Europa, ja - aufgrund der WHO-Empfehlung des Drosten-Tests: auf der ganzen Welt -stehen vor einer Menge Fragen. Welche Primer sollen sie bestellen? Welche Nukleotide sollen sie an den undefinierten Stellen eintragen? Welchen Tm-Wert sollen sie wählen? Wie viele PeR-Zyklen sollen sie durchführen? Und bei welchem et-Wert ist die Probe positiv? Und bei welchem et-Wert ist sie negativ? Und wie viele Gene sollen sie testen? Sollen alle Gene getestet werden? Oder nur das E und das RpRd-Gen, wie in Tabelle 2 des Drosten-eorman-Papers gezeigt? Oder auch das N-Gen? Und was ist ihre Negativkontrolle? Was ist ihre Positivkontrolle? **Das Drosten-Corman-Paper Ist so vage und fehlerhaft aufgebaut, dass man In Dutzende verschiedene Richtungen gehen kann. Nichts ist standardisiert, es gibt keine SOP, alles bleibt ein Rätsel Es handelt sich bei dem Inhalt dieses Papiers um außerordentlich schlechte Wissenschaft.**

Zu 1. Punkt i: Folgen der oben beschriebenen schwere Mängel des Drosten-Tests

Der im Drosten-Corman-Paper beschriebene RT-PCR-Test enthält so viele molekularbiologische Designfehler (siehe oben), dass es nicht möglich ist, ihn zu validieren und eindeutige Ergebnisse zu erhalten. Es ist unvermeidlich, dass dieser Test eine enorme Anzahl so genannter "falsch-positiver Ergebnisse" erzeugt.

Die Definition von "falsch-positiv" ist eine negative Probe, die zunächst ein positives Ergebnis erzielt, aber nach erneuter Prüfung mit demselben Test negativ ist. Falsch-positiv sind fehlerhaft positive Testergebnisse, d.h. negative Proben, die positiv getestet werden. Und genau das findet sich in der Tat in der Drosten-Corman-Arbeit. Auf Seite 6 des Manuskript-PDFs zeigen die Autoren, dass selbst unter gut kontrollierten Laborbedingungen ein beträchtlicher Prozentsatz falsch positiver Ergebnisse mit diesem Test erzeugt wird:

> *"Bei vier einzelnen Testreaktionen wurde eine schwache anfängliche Reaktivität festgestellt, die jedoch bei erneuten Tests mit demselben Assay negativ war. Diese Signale waren nicht mit einem bestimmten Virus assoziiert, und für jedes Virus, bei dem eine anfänglich positive Reaktivität auftrat, gab es andere Proben, die dasselbe Virus in einer höheren Konzentration enthielten, aber nicht positiv getestet wurden. Angesichts der Ergebnisse der oben beschriebenen umfassenden technischen Qualifikation wurde der Schluss gezogen, dass diese anfängliche Reaktivität nicht auf die chemische Instabilität der Real-Time-PCR-Detection Probes und höchstwahrscheinlich auf Probleme bei der Handhabung zurückzuführen war, die durch die rasche Einführung neuer diagnostischer Tests und Kontrollen während*

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

dieser Auswertung verursacht wurden studieren':

Der erste Satz dieses Auszuges ist ein klarer Beweis dafür, dass der im Drosten-Corman Paper beschriebene PCR-Test falsch positive Ergebnisse erzeugt. Selbst unter den gut kontrollierten Bedingungen des hochmodernen Charite-Labors sind vier von 310 Primärtests per Definition falsch positiv.

Vier negative Proben wurden zunächst positiv getestet und waren dann bei einem erneuten Test negativ. Dies ist das klassische Beispiel für ein falsch-positives Ergebnis.
Eine weitere für die Gesamtbetrachtung des Papiers aufschlußreiche erzählerische Beobachtung im obigen Auszug ist, dass die Autoren die falsch-positiven Ergebnisse als *"Umgang mit Problemen, die durch die rasche Einführung neuer diagnostischer Tests verursacht werden"*, wegerklären.

Zu 1. Punkt j: Das Drosten-Corrnan-Paper wurde offensichtlich nicht von Fachkollegen begutachtet

Vor der formellen Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift werden wissenschaftliche und medizinische Artikel traditionell durch "Peer Review" zertifiziert. Dabei lassen sich die Herausgeber der Zeitschrift von verschiedenen Experten -sogenannten "Gutachtern" -beraten, die das Paper bewertet haben und möglicherweise Schwachstellen in den Annahmen, Methoden und Schlussfolgerungen erkennen. In der Regel veröffentlicht eine Zeitschrift einen Artikel erst dann, wenn sich die Herausgeber davon überzeugt haben, dass die Autoren auf die Bedenken der Gutachter eingegangen sind und dass die vorgelegten Daten die in dem Paper gezogenen Schlussfolgerungen unterstützen.

Das Drosten-Corman-Paper wurde am 21. Januar 2020 bei Eurosurveillance eingereicht und am 22. Januar 2020 zur Veröffentlichung angenommen. Am 23. Januar war das Paper online. Am 17. Januar wurden alle wesentlichen Informationen und das Protokoll des Manuskripts bei der WHO veröffentlicht. Darüber hinaus wurde das Drosten-Corman-Paper am 21. Januar 2020 von der WHO empfohlen (noch bevor es veröffentlicht wurde!).

Es liegt damit auf der Hand das kein Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurde. Normalerweise ist das Peer-Review-Verfahren ein zeitaufwändiger Prozess, da mindestens zwei Experten aus der Praxis das eingereichte Paper kritisch lesen und kommentieren müssen. Vierundzwanzig Stunden reichen einfach nicht aus, um ein gründliches Peer-Review durchzuführen. Jeder Molekularbiologe, der mit dem RT-PCR-Design vertraut ist, hätte die schwerwiegenden Fehler im Drosten-Corman-Paper beim Review-Prozess beobachtet.

Zu 1. Punkt k: Interessenkonflikte

Es stellt sich heraus, dass zwei Autoren des Drosten-Corman-Papers, Christian Drosten und Chantal Reusken, auch Mitglieder des Editorial Board dieser Zeitschrift sind (7). Es besteht also ein schwerer Interessenkonflikt, der den Verdacht verstärkt, dass das Paper nicht von Fachkollegen begutachtet wurde.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 1. Punkt I: Zusammenfassung, Das Drosten-Corman-Paper enthält die folgenden spezifischen Fehler:

- Es gibt keinen spezifizierten Grund, diese extrem hohen Konzentrationen von Primern in diesem Protokoll zu verwenden. Die beschriebene Konzentration führt zu erhöhter unspezifischer Bindung und PCR-Produktamplifikation, wodurch der Test als spezifisches Diagnostikum ungeeignet ist;

- Sechs nicht spezifizierte wackelige Positionen führen zu einer enormen Variabilität des Testdesigns pro Labor; die verwirrende unspezifische Beschreibung im Drosten-CormanPaper eignet sich nicht als operatives Standardprotokoll;

- Der Test kann nicht zwischen dem gesamten Virus und viralen Fragmenten unterscheiden. Daher kann der Test nicht als Diagnostikum für intakte (infektiöse) Viren verwendet werden;
- eine Differenz von 10° C w.r.t. der Glühtemperatur Tm für Primerpaar1 (RdRp_SARSr_F und RdRp_SARSr_R) ist ein sehr schwerer Fehler und macht das Protokoll als spezifisches Diagnosewerkzeug unbrauchbar;

- Ein großer Fehler ist die Auslassung der et-Wertes, die zu bestimmen haben, wenn eine Probe als positiv und negativ betrachtet wird. Dieser Ct-Wert findet sich auch nicht in zusätzlichen Einreichungen und offiziellen Veröffentlichungen/Nachträgen;

- die PCR-Produkte sind nicht auf molekularer Ebene validiert worden, was das Protokoll als spezifisches, die Diagnostik unter Werkzeug nutzlos macht;

- der PCR-Test enthält weder eine einzige Positivkontrolle zum Nachweis der Spezifität für SARS-CoV-2 noch eine Negativkontrolle zum Ausschluss anderer Coronaviren, was den Test für eine spezifische Diagnose ungeeignet macht;

- Höchstwahrscheinlich wurde das Drosten-Corman-Paper nicht von Fachkollegen begut achtet;

- Für mindestens vier Autoren bestehen schwerwiegende Interessenskonflikte, zusätzlich zu der Tatsache, dass zwei der Autoren des Drosten-Corman-Papers (Christian Drosten und Chantal Reusken) auch im Editorial Board von Eurosurveillance sitzen; am 29. Juli 2020 kam ein Interessenskonflikt hinzu (Olfert Landt ist CEO von TIB-Molbiol; Marco Kaiser ist Senior Researcher bei Gen Express und fungiert als wissenschaftlicher Berater für TIB-Molbiol), der in der ursprünglichen Version nicht deklariert wurde (und in der PubMed Version immer noch fehlt). TIB-Molbiol ist die Firma, die "als erste" PCR-Kits (Light Mix) auf der Grundlage des im Drosten-Corman-Manuskript publizierten Protokolls herstellte und diese PCR-Testkits aufgrund ihrer eigenen Worte vor der Einreichung der Publikation weltweit verteilte. Weiterhin versäumten Victor Corman & Christian Drosten, ihre zweite Zugehörigkeit zu erwähnen: das kommerzielle Testlabor "Labor Berlin", wo sie für die Virusdiagnostik zuständig sind.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Literaturhinweise:

[1] "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCo V) by real-time RT-PCI?', Euro Surveillance, 2020; Band 25, 3. Ausgabe (Euro Surveillance 2020;25[3]:pii=2000045)
https://www.eurosurveillance.org/]content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

[2]Tom Jefferson, Elizabeth Spencer, Jon Brassey, Carl Heneghan Virenkulturen zur Beurteilung der Infektiosität von Covid-19. Systematische Überprüfung.
doi: https:// doi.org/ 10.1101/ 2020.08.04.20167932
https://www.medrxiv.org/content/1o.1101/2020.o8.o4.20167932v4

[3] Marra MA, Steven JMJ, Carotine RA, Robert AH, Angela BW et al. (2003) Wissenschaft. Die Genomsequenz des SARS-assoziierten Coronavirus. Wissenschaft 300(5624): 1399- 1404.

[4] Sequenz kann hier gefunden werden: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/ MN908947

[5] Borger P. Ein SARS-ähnliches Coronavirus wurde erwartet, aber es wurde nichts unternommen, um darauf vorbereitet zu sein. Am J Biomed Sei Res 2020. https://biomed grid.com/pdf /A)BSR.MS.ID.001312.pdf

[6] https://www.researchgate.net/publication/34112oz50_A_SARS-like_Corona-virus_was_Expected but_nothing_was_done_to_be_Prepared

[7] https://www.eurosurveillance.org/upload/site-assets/imgs/202o-09-Editorial%20 Vorstand%20PDF.pdf

[8] Offizielle WHO-Empfehlung für das Corman / Drosten RT-qPCR-Protokoll, das sich direkt aus der Eurosurveillance-Publikation ableitet:
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-V2-1.pdf?sfvrsn=a9ef618c_2

[9] Prim er-BLAST, NCBI -National Center for Biotechnology Information:
https: //www .ncbi .n lm.n ih.gov /tools/pri mer-blast/

[10] Trestan Pillonel et a/., Brief an den Herausgeber: SARS-CoV-2-Nachweis mittels Echtzeit-RT-PCR
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268274/

[11] Kirn et al, Die Architektur des SARS-CoV-2 Transkriptoms
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/Soo92867420304o62

[12] Wolfe! et al, Virologische Beurteilung von hospitalisierten Patienten mit COVID-2019
https://www.nature.com/articles/s41586-o2o-2196-x

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 1. Punkt m: Einige Inhalte zu Viren und öffentlicher Gesundheit von Michael Yeadon, ehemaliger Vizepräsident von Pfizer:

Original Bericht:
https://www.aier.org/article/an-education-in-viruses-and-public-health-from-michael-yeadon-former-vp-of-pfizer/

Dieses Video bietet einen der gelehrtesten und informativsten Einblicke in Covid-19 und die Folgen von Sperren. Es war bemerkenswert, diese Woche zu sehen, wie es auf YouTube erschien und nur 2 Stunden nach dem Posten gewaltsam abgeschaltet wurde. Die folgende Kopie wird auf LBRY, einer Blockchain-Videoanwendung, gehostet. In einem Jahr mit fantastischen Bildungsinhalten ist dies eines der besten, die wir je gesehen haben.

Betrachten Sie die Biografie des Moderators:

Dr. Michael Yeadon ist ein Experte für Allergie und Atemtherapie mit 23 Jahren Erfahrung in der pharmazeutischen Industrie. Er absolvierte eine Ausbildung zum Biochemiker und Pharmakologen und promovierte 1988 an der University of Surrey (UK).

Anschließend arbeitete Dr. Yeadon in den Wellcome Research Labs mit Salvador Moncada zusammen. Der Forschungsschwerpunkt lag auf der Überempfindlichkeit der Atemwege und den Auswirkungen von Schadstoffen wie Ozon sowie auf der Wirkstoffentdeckung von 5-LO-, COX-, PAF-, NO- und Lungenentzündungen. Mit Kollegen war er der erste, der ausgeatmetes NO bei Tieren entdeckte und später NOS in der Lunge über allergische Auslöser induzierte.

Bei Pfizer war er 1995 für das Wachstum und die Portfoliobereitstellung der Allergy & Respiratory-Pipeline innerhalb des Unternehmens verantwortlich. Er war verantwortlich für die Zielauswahl und den Fortschritt neuer Moleküle beim Menschen, leitete Teams mit bis zu 200 Mitarbeitern in allen Disziplinen und gewann 2008 einen Achievement Award für Produktivität.

Unter seiner Leitung erfand die Forschungseinheit orale und inhalative NCEs, die mehrere positive klinische Proofs of Concept bei Asthma, allergischer Rhinitis und COPD lieferten. Er leitete produktive Kooperationen wie mit Rigel Pharmaceuticals (SYK-Inhibitoren) und war an der Lizenzierung von Spiriva und der Akquisition des Unternehmens Meridica (Inhalationsgerät) beteiligt.

Dr. Yeadon hat über 40 originale Forschungsartikel veröffentlicht und berät und arbeitet jetzt mit einer Reihe von Biotechnologieunternehmen zusammen. Vor seiner Tätigkeit bei Apellis war Dr. Yeadon VP und Chief Scientific Officer (Allergie- und Atemwegsforschung) bei Pfizer.

Unten ist eine Abschrift des obigen Videos: Ich heiße Dr. Michael Yeadon.

Meine ursprüngliche Ausbildung war ein erstklassiger Abschluss in Biochemie und Toxikologie. Gefolgt von einer forschungsbasierten Promotion in Atempharmakologie; und danach habe ich mein ganzes Leben auf der Forschungsseite der Pharmaindustrie gearbeitet - sowohl in der großen Pharmaindustrie als auch in der Biotechnologie. Mein spezifischer Fokus lag auf Entzündungen, Immunologie, Allergien im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen (also der Lunge, aber auch der Haut). Ich würde also sagen, ich bin eine Art erfahrener Forscher in den Bereichen Entzündung, Immunologie und Pulmonologie.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Ich war anfangs besorgt über unsere Reaktion auf die Coronavirus-Pandemie gegen Mitte oder Ende April. Es war klar geworden, dass, wenn man die Anzahl der täglichen Todesfälle im Vergleich zum Datum der Pandemie betrachtet. Wirklich, erfreulicherweise war die Welle bereits grundlegend vorbei, und wir würden sie nur einige Monate lang fallen sehen - und genau das tat sie auch. Und so wurde ich sehr beunruhigt über die zunehmenden Einschränkungen des Verhaltens und der Bewegung von Menschen in meinem Land und ich konnte damals keinen Grund dafür sehen und ich weiß es immer noch nicht.

Die Reaktion der Regierung auf Notfälle wird von der wissenschaftlichen Gruppe geleitet, die unter der wissenschaftlichen Beratergruppe für Notfälle oder SAGE zusammensitzt. Daher sollten sie der Regierung wissenschaftliche Ratschläge geben, was angemessen ist. SAGE hat einige Dinge falsch gemacht, und das hat zu unangemessenen Ratschlägen geführt, die nicht nur schreckliche wirtschaftliche Auswirkungen hatten, sondern auch weiterhin medizinische Auswirkungen hatten, da Menschen nicht mehr richtig behandelt werden.

SAGE war der Ansicht, dass SARS-CoV-2 ein neues Virus sei und sie glaubten, dass es in der Bevölkerung überhaupt keine Immunität geben würde. Ich denke, das ist das Erste. Ich erinnere mich, dass ich das gehört habe, und ich war verwirrt, weil ich es bereits wusste - weil ich in der wissenschaftlichen Literatur gelesen habe, dass SARS-CoV-2 zu 80% einem anderen Virus ähnlich ist, von dem Sie vielleicht gehört haben, dass es SARS heißt, das sich 2003 ein wenig um die Welt bewegt hat, und mehr als das: es ist in Stücken den Erkältungs verursachenden Coronaviren ziemlich ähnlich.

Als ich hörte, dass sich dieses Coronavirus auf der ganzen Welt bewegte, war ich nicht so besorgt wie vielleicht andere Menschen, weil ich dachte, da es vier häufig kälteverursachende Coronaviren gibt, dachte ich, dass ein Großteil der Bevölkerung wir sind Ich war einem dieser Viren ausgesetzt und hätte wahrscheinlich eine erhebliche Schutzimmunität. Und nur um zu erklären, warum ich so zuversichtlich war, dass jeder die Geschichte von Edward Jenner und der Impfung sowie die Geschichte von Kuhpocken und Pocken kennt. Und die alte Geschichte war, dass Milchmädchen einen sehr klaren Teint hatten: Sie litten nie unter Dingen wie Pocken, und wenn es nicht tötete, würden Sie Ihre Haut dauerhaft vernarben. Und der Grund, warum sie den Schutz hatten, war, dass sie einem gutartigeren, verwandten Virus namens Kuhpocken ausgesetzt waren.

Edward Jenner kam auf die Idee, dass wenn es Kuhpocken sind, die das schöne Mädchen retten - er argumentierte, dass er sie vor Pocken schützen könnte, wenn er einer anderen Person die Kuhpocken aussetzen könnte. Jetzt hat er ein Experiment durchgeführt, das Sie jetzt nicht durchführen können - und er hätte es niemals tun sollen -, aber apokryphisch oder wirklich, oder vielleicht sind Sie krank, wir sind uns nicht sicher. Edward Jenner erwarb einen Teil der Flüssigkeit von einer mit Kuhpocken infizierten Person. Relativ milde Pusteln, die dann verschwinden. Und er bekam etwas davon und er - er kratzte es in die Haut eines kleinen Jungen und ein paar Wochen später erhielt er etwas Flüssigkeit von einer armen Person, die an Pocken starb und den Jungen infizierte. Und siehe da, der Junge wurde nicht krank und das brachte das ganze Gebiet der sogenannten Impfung hervor. Und vax, der "Vac" des Impfstoffs. Es kommt von "Vakuum", dem lateinischen Namen für Kuh. Wir sind also mit dem Prinzip der Kreuzimmunisierung sehr vertraut.

Ich habe ziemlich viel über die schutzbedürftigen Menschen in Pflegeheimen nachgedacht, und es gibt ein Bewusstsein dafür, dass Menschen, die wirklich vorsichtig mit PSA usw. umgehen, aber nur in einer Art, so heiß, so weit gehen werden Hausumgebung, in der die Menschen in einem Pflegeheim ziemlich nahe beieinander sind. Die Frage, die ich das ganze Jahr über hatte, lautet also: Wenn ein oder zwei Personen das Virus in einem Pflegeheim bekommen haben, warum soll-

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

ten dann nicht fast alle infiziert werden? Und die Wahrheit ist natürlich, dass sie es nicht getan haben. Eine Interpretation dieser Unterscheidung ist, dass ein großer Teil der Menschen in den Pflegeheimen zuvor Immunität hatte.

Zu dieser Jahreszeit hat etwa 1 von 30 Menschen eine Erkältung, die durch einen dieser Coronaviren verursacht wird. Und genau wie der Schutz vor Pocken, der durch die vorherige Exposition gegenüber Kuhpocken bereitgestellt wurde, sind Menschen, die einer Erkältung durch eine dieser Coronaviren ausgesetzt waren, jetzt immun gegen SARS-CoV-2. So waren 30% der Bevölkerung vor dem Start geschützt. SAGE sagte, es sei Null - und ich verstehe nicht, wie sie das möglicherweise hätten rechtfertigen können. Es gibt einen zweiten und ebenso fatalen, nicht rechenschaftspflichtigen Fehler, den sie in ihrem Modell gemacht haben. Der Prozentsatz der Bevölkerung, von dem SAGE behauptet, dass er bisher mit dem Virus infiziert wurde, liegt bei etwa sieben Prozent. Ich weiß, dass sie daran glauben, und Sie können es in einem Dokument sehen, das sie im September veröffentlicht haben und das sich "Nicht-pharmazeutische Interventionen" nennt. Leider heißt es, dass mehr als 90% der Bevölkerung immer noch gefährdet sind.

Es ist unglaublich falsch. Und ich werde nur erklären, warum: Ihre Zahl basiert auf dem Prozentsatz der Menschen im Land, die Antikörper im Blut haben. Und nur die Menschen, die am meisten krank wurden, mussten tatsächlich Antikörper um ihren Körper entwickeln und freisetzen. Es ist also sicher richtig, dass die Menschen, die viele Antikörper haben, infiziert waren. Aber eine sehr große Anzahl von Menschen hatte mildere Symptome, und noch mehr Menschen hatten überhaupt keine. Und die besten Schätzungen, zu denen wir gelangen können, sind, dass diese Leute entweder keine Antikörper hergestellt haben oder so geringe Mengen, dass sie von nun an verblasst sind.

Eine kürzlich erschienene Veröffentlichung über den Prozentsatz der Bewohner von Pflegeheimen, die Antikörper gegen das Virus haben, ist sehr, sehr interessant. Diesmal verwendeten sie hochempfindliche Tests für Antikörper und wählten sorgfältig Bewohner aus, die niemals PCR-positiv waren: Dies sind Menschen, die sich nie infiziert haben. Und sie fanden heraus, dass 65% von ihnen Antikörper gegen das Virus hatten; Sie wurden nie infiziert. Daher glaube ich, dass in dieser Population vor dem Eintreffen des Virus eine hohe Prävalenz der Immunität bestand.

Eine große Geschichte in den Medien war kürzlich, dass der Prozentsatz der Menschen mit Antikörpern gegen das Virus im Blut sank. Dies wurde als Sorge gewertet, dass die Immunität gegen SARS-CoV-2 nicht lange anhält. Weißt du, jeder mit Kenntnis der Immunität würde - würde das einfach ablehnen. Es ist nicht die Art und Weise, wie die Immunität gegen Viren funktioniert - das wären T-Zellen. Wenn also die Antikörper im Laufe der Zeit von Frühjahr bis heute allmählich abnehmen - was sie haben -, ist die einzige plausible Erklärung, dass die Prävalenz des Virus in der Bevölkerung abnimmt, und deshalb lässt die Antikörperproduktion allmählich nach.

Weniger als 40% der Bevölkerung sind anfällig. Selbst theoretische Epidemiologen würden Ihnen sagen, dass dies eine zu kleine Zahl ist, um einen konsolidierten und wachsenden Ausbruch, eine Immunität der Gemeinschaft und eine Herdenimmunität zu unterstützen.

SAGE sagt also, dass wir uns nicht einmal nahe stehen, und ich sage Ihnen, dass die beste Wissenschaft der besten Wissenschaftler der Welt, die in den besten Fachzeitschriften veröffentlicht wurde, sagt, dass sie falsch liegen: dass mehr als 60 der Bevölkerung sind jetzt immun und es ist einfach nicht möglich, eine große und wachsende Pandemie zu haben.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Wirklich gute Nachrichten, wirklich gute Nachrichten, um zu hören, dass Daten aus den klinischen Impfstoffstudien hervorgehen, und wir sehen Impfstoffe, die nicht nur Antikörper hervorrufen, sondern auch T-Zell-Reaktionen hervorrufen. Das ist toll; zurück zur richtigen Wissenschaft, zur richtigen Immunologie. So funktioniert die Immunität gegen Viren. Meine Überraschung, und es ist nur ärgerlich, dass wir, wenn wir über den Prozentsatz der Bevölkerung sprechen, der immer noch anfällig ist, nur über Antikörper sprechen, wie sieben Prozent von SAGE. Warum sprechen wir nicht über die 50%, die eine T-Zell-Immunität haben?

Sie denken also vielleicht, ob Mike - und Dr. Mike Yeadon Ihnen diese Dinge erzählt ... - oder warum die Pandemie nicht vorbei ist? Nun, das mag Sie überraschen, aber ich glaube, im Grunde ist es vorbei. Das Land hat jetzt einen fast vollständigen Zyklus des Virus erlebt, der durch das Land fegt, und wir sind am Ende davon. London war im Frühjahr schrecklich betroffen, und Anfang April erlebten sie mehrere hundert Todesfälle pro Tag durch Menschen, die mit ähnlichen Symptomen bei Atemversagen und Entzündungen starben. Und im Moment ist die Zahl der Menschen, die in der Hauptstadt an SARS-CoV-2 sterben, weniger als 10. Es ist also um 98 oder so ähnlich. Der Grund dafür ist, dass es in London derzeit zu wenige Menschen gibt, die anfällig dafür sind, dass sich das Virus vergrößert, verstärkt und eine Epidemie auslöst. Und, und sie wären inzwischen getroffen worden, weil sie der erste Platz waren, der im Frühjahr getroffen wurde. Und ich denke, was wir jetzt im Nordosten und Nordwesten sehen, wäre die sterbende Glut der Ausbreitung dieses Virus. Und es tut mir sehr leid, dass es immer noch wahr ist, dass eine kleine Anzahl von Menschen es fängt, krank wird und stirbt.

Warum sagen uns die Medien nicht, dass die Pandemie vorbei ist? Es ist noch nicht vorbei, weil SAGE es nicht sagt. SAGE besteht also aus sehr vielen Wissenschaftlern aus verschiedenen Disziplinen - Mathematikern und Klinikern - und es gibt mehrere Komitees.

Aber ich fand zu meiner Überraschung - und ich werde das Wort tatsächlich verwenden - Entsetzen, dass SAGE im Frühjahr, während des gesamten Frühlings und Sommers, nicht jemanden in ihrem Komitee hatte, den ich als Kartenträger bezeichnen würde Immunologe; ein klinischer Immunologe. Ich muss sagen, dass SAGE im Frühjahr und Sommer nicht über das erforderliche Fachwissen verfügte. Sie hätten sich bewaffnen sollen, wissen Sie, mit - um den Tisch herum - alle Leute, die verstehen müssen, was passiert ist, und das haben sie nicht getan.

Die Leute fragten mich dann: "Nun, Mike, wenn es, wissen Sie, wenn es grundlegend vorbei ist, warum bekommen wir immer noch Hunderte von Todesfällen pro Tag durch SARS-CoV-2?" Und ich habe viel darüber nachgedacht. Es wird ein Test durchgeführt, bei dem Menschen Nasen und Mandeln abwischen lassen, und anschließend wird ein Test (als PCR-Test bezeichnet) durchgeführt. Und was sie suchen, ist nicht das Virus - Sie könnten denken, es sucht nach dem Virus, aber es ist nicht so. Was sie suchen, ist ein kleines Stück genetischer Sequenz; es heißt RNA. Leider wird dieses Stück RNA in den Mandeln und in der Nase der Menschen gefunden, nicht wenn sie sich gerade mit dem Virus infiziert haben und kurz davor stehen, krank zu werden, oder wenn sie bereits krank sind. Es wird auch festgestellt, ob sie vor Wochen oder manchmal vor einigen Monaten infiziert waren. Lassen Sie mich nur erklären, warum das so ist.

Wenn Sie infiziert wurden und den Virus bekämpft haben (was die meisten Menschen tun), haben Sie tote, tote Virusstücke. Dies sind winzige Dinge, die kleiner als Ihre Zellen sind und sich möglicherweise über den gesamten Atemweg ausbreiten, eingebettet in Schleimstücke, möglicherweise in einer Zelle, die die Atemwege auskleidet. Und so bringen Sie über einen Zeitraum von Wochen oder Monaten Zellen hervor, die zerbrochene, tote Teile des Virus enthalten, das Sie erobert und getötet haben.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Der PCR-Test kann jedoch nicht feststellen, ob die virale RNA von einem lebenden oder einem toten Virus stammt (wie ich gerade beschrieben habe). Ich denke, ein großer Teil der sogenannten Positiven ist tatsächlich das, was ich als "kalte" Positive bezeichne: Sie identifizieren korrekt, dass sich in der Probe eine virale RNA befindet - aber es handelt sich um ein totes Virus. Es kann ihnen nicht schaden, sie werden nicht krank, sie können es nicht an andere weitergeben. Sie sind also nicht ansteckend. Das macht also eine große Anzahl der sogenannten positiven Fälle aus. Dies sind Leute, die das Virus besiegt haben. Warum verwenden wir diesen Test, der nicht zwischen einer aktiven Infektion und Personen unterscheiden kann, die das Virus besiegt haben?

Dieser Test wurde noch nie auf diese Weise verwendet - und ich habe auf diesem Gebiet gearbeitet. Es ist keine geeignete Technik, es ist eine - es ist die Art von Technik, die Sie für forensische Zwecke verwenden würden, wenn Sie versuchen würden, einen DNA-Test durchzuführen, um festzustellen, ob sich eine Person am Tatort befindet oder nicht. Sie würden diese Tests nicht an einem windigen Parkplatz im Supermarkt durchführen. was aussieht wie Plastikzelte; auf Picknicktischen. Es ist überhaupt nicht geeignet - und es sollte definitiv nicht so gemacht werden, wie es gemacht wurde. Es unterliegt vielen mechanischen Fehlern, sollten wir sagen, bei der Behandlung von Fehlern. Wenn dies ein Test wäre, der für rechtliche Zwecke verwendet wird, für forensische Zwecke wie einen DNA-Identitätstest, würde der Richter diese Beweise wegwerfen; würde sagen, dass es nicht zulässig ist. Es erzeugt positive Ergebnisse, selbst wenn dort überhaupt kein Virus vorhanden ist. Wir nennen das ein falsches Positiv.

Da wir die Anzahl der pro Tag durchgeführten Tests erhöht haben, mussten wir immer weniger erfahrenes Laborpersonal einstellen - und jetzt setzen wir Mitarbeiter ein, die in diesem Bereich noch nie professionell gearbeitet haben. Dies erhöht die Häufigkeit von Fehlern, und dies hat zur Folge, dass die falsch positive Rate steigt und steigt. Wenn Sie also eine falsch positive Rate von einem Prozent hatten - was uns Herr Matt Hancock [britischer Staatssekretär für Gesundheit und Soziales] sagte, war ungefähr die Zahl, die sie im Sommer hatten -, wenn Sie tausend Menschen getestet haben, die dies getan haben Kein Virus zehn von ihnen wäre erstaunlicherweise positiv. Wenn die Prävalenz des Virus nur eins zu tausend war, sind das 0,1% - wie das Amt für nationale Statistik mitteilte -, wenn Sie den PCR-Test verwenden, ist nur einer von ihnen positiv und wirklich positiv. Wenn die Falsch-Positiv-Rate jedoch nur ein Prozent beträgt, erhalten Sie auch 10 Falsch-Positive, die falsch sind.

Einige Leute sagten zu mir: "Nun, es wird einen höheren Prozentsatz von Leuten geben, die sich zum Testen in der Community melden", sogenannte "Säule 2" -Tests, weil sie nur angewiesen wurden, zu kommen, wenn sie es getan haben bekam Symptome. Aber ich rufe B.S. auf diesem. Ich denke nicht, dass das stimmt. Ich kenne viele Freunde und Verwandte, denen von einem Arbeitgeber gesagt wurde: „Nun, Sie haben in der Nähe von jemandem gesessen, der positiv getestet wurde, und ich möchte nicht, dass Sie wieder zur Arbeit kommen, bis Sie einen negativen Test erhalten haben.

” Ich habe Informationen aus vielen Städten im Norden gesehen - sicherlich war Birmingham eine davon; Manchester war ein anderer; Bolton - wo die Räte (und ich glaube wirklich, dass sie versucht haben, hilfreich zu sein) die Menschen in ihren Städten mit Flugblättern versorgten und sagten: "Wir werden vorbeikommen und Sie alle abwischen, weil wir diesen Virus aufspüren wollen." Sobald Sie anfangen, Menschen mehr oder weniger zufällig zu testen, erhalten Sie in der Bevölkerung die gleiche Menge an Viren wie das Amt für nationale Statistik, die zu diesem Zeitpunkt eins zu tausend war. Und ich habe Ihnen gerade gesagt, dass Matt Hancock im Sommer bestätigt hat, dass sie eine falsch positive Rate von etwa einem Prozent haben. Das bedeutet also,

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

dass von tausend Menschen 10 positiv testen würden und es ein falsches Ergebnis wäre, und nur einer würde positiv testen und es war richtig.

Dieser Test ist ungeheuer ungeeignet, um festzustellen, wer lebende Viren in den Atemwegen hat. Es unterliegt mehreren Verzerrungen, die sich im Winter verschlechtern. Wenn die Anzahl der pro Tag durchgeführten Tests zunimmt, steigt die Anzahl der Fehler, die von diesen überarbeiteten, nicht sehr erfahrenen Labormitarbeitern gemacht werden. Ich denke, es ist nicht unangemessen, die Falsch-Positiv-Rate derzeit bestmöglich zu erraten - die so genannte operative Falsch-Positiv-Rate liegt bei etwa fünf Prozent. Fünf Prozent von 300.000 sind 15.000 positive. Ich denke, einige dieser positiven Aspekte sind real. Ich denke nicht, dass es sehr viele sind. Das Problem mit diesem falsch positiven Problem ist, dass es nicht nur bei „Fällen" aufhört:
Es erstreckt sich auf Menschen, denen es nicht gut geht und die ins Krankenhaus gehen. Menschen, die ins Krankenhaus gehen, haben positiv getestet - und es könnte falsch positiv sein, und ich denke, die meisten von ihnen sind im Moment -, wenn Sie ins Krankenhaus gehen und zuvor positiv getestet haben oder im Krankenhaus positiv getestet wurden, Sie Ich werde jetzt als Covid-Zulassung gezählt.

Obwohl jetzt mehr Menschen im Krankenhaus sind als vor einem Monat, ist dies für den Herbst normal. Bedauerlicherweise erkranken Menschen an Atemwegsviren und werden krank, und einige werden sterben. Ich glaube einfach nicht, dass es etwas mehr mit Covid-19 zu tun hat. Es gibt jetzt mehr Menschen auf Intensivbetten als vor ungefähr einem Monat. Das ist völlig normal, wenn wir durch den Spätherbst in den frühen Winter ziehen: Diese Betten werden benutzt. Aber es gibt nicht mehr Menschen als es für die Jahreszeit normal ist, und wir werden nicht die Kapazitäten verlieren, sicherlich auf nationaler Ebene. Aber ich denke, Sie wissen, dass es jetzt geht: Wenn Sie jetzt sterben sollten, werden Sie als Covid-Tod gezählt. Aber das ist nicht richtig; Dies sind Menschen, die möglicherweise - zum Beispiel mit einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus gegangen sind, aber sie werden - drei Prozent von ihnen werden immer noch positiv getestet, und sie sind es nicht, sie haben das Virus nicht. Es ist ein - es ist ein falsches Positiv, und wenn sie sterben, werden sie als Covid-Tod bezeichnet - und das sind sie nicht. Sie sind an etwas anderem gestorben.

Eines der beunruhigendsten Dinge, die ich in diesem Jahr gehört habe, war, dass Mr. Johnson uns von den "Moonshot" -Tests erzählte, bei denen jeder oft, vielleicht jeden Tag, den Ausweg aus diesem Problem findet. Ich sage Ihnen, es ist der Weg, um uns in diesem Problem zu halten: Diese Anzahl von Tests ist um Größenordnungen höher als die, die wir bereits jetzt testen, und die Falsch-Positiv-Rate (wie niedrig sie auch sein mag) wird viel zu hoch sein, um sie zu akzeptieren . Es wird eine enorme Anzahl von Fehlalarmen erzeugen.

Was wir tun sollten, ist die Massenprüfung zu stoppen. Es ist nicht nur ein Affront gegen Ihre Freiheit, es wird auch überhaupt nicht helfen: Es wird immens teuer sein und es wird eine Pathologie für sich sein. Wir werden dumme Leute bekämpfen - hauptsächlich Minister - es tut mir leid zu sagen, dass sie nicht numeriert sind und keine Statistiken verstehen. Wenn Sie eine Million Menschen pro Tag mit einem Test testen, der ein Prozent falsch positiver Ergebnisse liefert, wird 10 000 Menschen pro Tag fälschlicherweise mitgeteilt, dass sie das Virus haben.

Wenn die Prävalenz des Virus 0,1% betragen würde, wie das Amt für nationale Statistik im Sommer sagte, würde nur ein Zehntel dieser Zahl, ähm, 1.000, korrekt identifiziert werden. Sie können jedoch nicht zwischen den 11.000 unterscheiden, die das Virus wirklich haben und die falsch positiv sind. Ich denke, Moonshot wird eine schlechtere Falsch-Positiv-Rate haben. Es kann nicht repariert werden und ist auch nicht erforderlich. Die Pandemie, die nicht nur die Bevölkerung

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Großbritanniens, sondern ganz Europas und wahrscheinlich bald die ganze Welt heimgesucht hat, wird nicht zurückkehren. Warum wird es nicht zurückkehren? Nun, sie haben T-Zell-Immunität. Wir wissen das. Es wurde von den besten zellulären Immunologen der Welt untersucht.

Manchmal sagen die Leute: "Nun, es sieht so aus, als würde die Immunität allmählich nachlassen." Sie werden manchmal solche [Aussagen] sehen, und als ich die erste Überschrift wie diese sah, erinnere ich mich, dass ich wirklich ziemlich verwirrt war, weil die Immunologie nicht so funktioniert. Denken Sie einen Moment darüber nach. Wenn es so funktioniert hätte, könnte es dich töten. Wenn du es abwehren musstest und wenn du das erfolgreich getan hast, hat es irgendwie keine Spuren in deinem Körper hinterlassen. Nun, es hinterlässt Spuren in Ihrem Körper. Die Art und Weise, wie Sie es bekämpft haben, beinhaltete bestimmte Mustererkennungsrezeptoren und hat Sie sozusagen mit Gedächtniszellen zurückgelassen, die sich daran erinnern, was sie bekämpft haben. Und wenn sie das Ding wieder sehen, ist es für sie sehr einfach, diese Zellen in Minuten oder Stunden wieder zum Laufen zu bringen, und sie werden Sie beschützen. Die wahrscheinlichste Erklärung ist also, dass es lange dauern wird.

Also las ich ein bisschen mehr über dieses sogenannte Abklingen der Immunität - und mir wurde klar, dass es sich um Antikörper handelte. Es ist einfach falsch zu glauben, dass Antikörper und wie lange sie wach bleiben, ein Maß für den Immunschutz gegen Viren sind. Ich meine, Sie können sagen, dass ich - ich stimme dem nicht zu. Es heißt, es wurden einige klassische Experimente an Menschen durchgeführt, die angeborene Fehler in Teilen ihres Immunsystems haben, und einige von ihnen haben angeborene Pfeile, was bedeutet, dass sie keine Antikörper bilden können, und raten Sie mal: Sie - sie sind in der Lage, mit Atemwegen umzugehen Viren genauso wie du und ich. Ich denke also nicht, dass es schädlich ist, Antikörper zu haben, obwohl einige Leute besorgt sind über das Potenzial, Entzündungen durch Antikörper zu verstärken, aber - aber meiner Ansicht nach sind sie - sie sind wahrscheinlich neutral, und Sie sollten definitiv nicht glauben die Geschichte, dass Sie die Immunität verloren haben, weil der Antikörper abfällt. Auch hier funktioniert das menschliche Immunsystem einfach nicht so.

Die wahrscheinlichste Dauer der Immunität gegen ein Atemwegsvirus wie SARS-CoV-2 beträgt mehrere Jahre. Warum sage ich das? Wir haben tatsächlich die Daten für ein Virus namens SARS, das vor 17 Jahren durch Teile der Welt verbreitet wurde, und erinnern uns, dass SARS-CoV-2 zu 80% SARS ähnlich ist. Ich denke, dies ist der beste Vergleich, den jeder bieten kann. Die Beweise sind klar. Diese sehr klugen zellulären Immunologen untersuchten alle Menschen, die sie erreichen konnten und die SARS vor 17 Jahren überlebt hatten. Sie nahmen eine Blutprobe und testeten, ob sie auf das ursprüngliche SARS reagierten oder nicht, und alle taten es. Sie alle haben einen völlig normalen, robusten T-Zell-Speicher. Sie sind tatsächlich auch gegen SARS-CoV-2 geschützt, weil es so ähnlich ist, dass es gegen Immunität ist.
Ich würde also sagen, die besten Daten, die es gibt, sind, dass die Immunität mindestens 17 Jahre lang robust sein sollte. Ich denke, es ist durchaus möglich, dass es lebenslang ist. Der Stil der Reaktionen der T-Zellen dieser Personen war der gleiche, als ob Sie geimpft worden wären und dann Jahre später zurückkommen, um zu sehen, ob diese Immunität erhalten geblieben ist. Ich denke also, dass die Beweise wirklich stark sind, dass die Dauer der Immunität mehrere Jahre und möglicherweise lebenslang sein wird.

Es gab nur eine winzige Handvoll Menschen, die anscheinend zweimal infiziert waren - jetzt sind sie sehr interessant, wir müssen wissen, wer sie sind und sie sehr gut verstehen, sie haben wahrscheinlich bestimmte seltene Immunschwächesyndrome. Ich tue also nicht so, als würde niemand jemals wieder infiziert, aber ich weise darauf hin, dass es buchstäblich fünf Personen (oder vielleicht 50 Personen) sind, aber die Weltgesundheitsorganisation hat vor einigen Wochen

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

geschätzt, dass 750 Millionen Menschen bisher von SARS infiziert wurden. CoV-2. Das bedeutet, dass die meisten Menschen nicht erneut infiziert werden, und ich kann Ihnen sagen, warum das so ist: Es ist normal. Das passiert mit Viren, Atemwegsviren. Einige Leute haben - haben "Null Covid" gefordert, als wäre es ein politischer Slogan. Und es gibt einige Leute, von denen ich fast jeden Tag gehört habe, dass sie danach rufen. Sie sind völlig unqualifiziert, Ihnen etwas zu sagen.

Es ist wirklich wichtig zu wissen, dass SARS-CoV-2 ein unangenehmer Virus ist. Es gibt keine Frage, aber es ist nicht das, was Ihnen im Frühjahr gesagt wurde. Uns wurde ursprünglich gesagt, dass es vielleicht drei Prozent der infizierten Menschen töten würde - was schrecklich ist. Das ist 30 Mal schlimmer als die Grippe. Wir überschätzen immer die Tödlichkeit neuer Infektionskrankheiten, wenn wir uns im Auge des Sturms befinden. Ich glaube, die wahre Infektionssterblichkeitsrate von Covid-19, die wahre Bedrohung für das Leben, ist die gleiche wie die saisonale Grippe.

Es gibt also keinen Grund, warum Sie versuchen möchten, Covid auf Null zu bringen. Es ist ein Unsinn - so ist Biologie einfach nicht. Und alle Mittel, die ich gehört habe, ähm, vorgeschlagen, um uns dorthin zu bringen, sind viel schädlicher und pathologischer, als das Virus selbst. Es ist einfach nicht möglich, jede einzelne Kopie des Covid-19-Virus loszuwerden, und die Mittel, um Sie dorthin zu bringen, würden die Gesellschaft zerstören. Vergessen Sie die Kosten - obwohl es enorm wäre - es würde Ihre Freiheit zerstören, Sie müssten nicht ausgehen, bis Sie getestet wurden und Ihr Ergebnis zurück haben. Und ich habe beschrieben, wie die falsch-positive Rate sie nur aus statistischer Sicht zerstören würde. Ich glaube nicht, dass dies möglich ist: Es ist nicht wissenschaftlich realistisch, es ist nicht medizinisch realistisch und es ist nicht das, was wir jemals getan haben.

Als das Virus im Spätwinter und im frühen Frühling nach Großbritannien gelangte, war auch ich besorgt, denn zu der Zeit wurde uns gesagt, dass vielleicht drei Prozent sterben könnten. Als der Premierminister eine Sperrung forderte, war ich nicht erfreut darüber, aber ich verstand, dass wir dies versuchen sollten. Es ist jedoch wichtig, dass Sie verstehen, dass bei Betrachtung des Profils der Pandemie im Verlauf der Bevölkerung klar war, dass die Anzahl der Infektionen pro Tag sank. Wir hatten den Höhepunkt ziemlich lange vor Beginn der Sperrung überschritten. Also haben wir all diesen Schmerz genommen, diesen gesperrten Schmerz, der mehrere Wochen dauerte - ich erinnere mich nicht genau, wie viele mehrere Wochen - wir haben ihn umsonst genommen. Wenn es einen wirklich wichtigen Effekt der Sperrung auf die Anzahl der Verstorbenen oder die Rate gab, sollten Sie zumindest in der Lage sein, sie zu bestellen. Diese Leute waren eingesperrt und das taten sie nicht - und du kannst es nicht. Die Formen aller stark infizierten Länder sind gleich, unabhängig davon, ob sie gesperrt waren oder nicht. Sie funktionieren nicht. Ich weiß nicht, warum jemand dir erlaubt, dich zu kennen, in diese Ecke gedrängt zu werden.

Ich glaube nicht, dass wir genau wissen, warum einige Länder stärker betroffen waren als andere, aber ich muss sagen, dass ich wissenschaftlich denke, dass das kluge Geld auf einer Mischung von Kräften beruht. Eine wäre diese Kreuzimmunität. Obwohl China eine schreckliche Zeit in Wuhan in der Provinz Hubei hatte, verbreitete es sich nicht anderswo im Land, und ich vermute, dass dies bedeutete, dass viele von ihnen diese Kreuzimmunität hatten. Und ich denke, dass die umliegenden Länder im Wesentlichen viel Kreuzimmunität hatten. Das ist also eine Möglichkeit. Die andere betrifft jedoch die Schwere dessen, was das Virus einer bestimmten Population angetan hat.

Wir haben verheerende Auswirkungen in Ländern wie Großbritannien und Belgien, Frankreich und vielleicht sogar in Schweden und viel weniger Todesfälle in anderen Ländern wie Griechenland und Deutschland gesehen. Und Sie könnten denken: "Nun, war das etwas, was sie getan haben?"

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Und ich wünschte, es wäre wahr, denn wenn es etwas wäre, was wir getan hätten, könnten wir daraus lernen und es tun, und es würde in Zukunft funktionieren. Es gibt jedoch keinerlei Beweise dafür, dass es etwas war, was Menschen getan haben. Der Durchgang dieses Virus durch die menschliche Bevölkerung ist ein völlig natürlicher Prozess, der unsere mickrigen Bemühungen, es zu kontrollieren, völlig ignorierte.

Es gibt also diese Theorie - ich mag den Namen nicht sehr -, aber sie heißt "trockener Zunder". Wenn Menschen in einem Land, die anfällig dafür sind, im Winter zu sterben (normalerweise an Atemwegsviren), wenn Sie eine sehr milde Wintersaison haben, wie dies in Großbritannien der Fall war, hatten wir letztes Jahr und im Jahr zuvor eine sehr milde saisonale Grippe und das auch Schweden - dann gibt es eine größere Anzahl sehr gefährdeter Menschen, die noch älter als gewöhnlich sind, und - und ich denke, deshalb haben wir eine ziemlich große Anzahl von Todesfällen erlitten. Es waren immer noch nur 0,06% der Bevölkerung, was einer normalen Sterblichkeit von etwa vier Wochen entspricht.

Aber Länder, die in letzter Zeit sehr strenge Winter hatten, und Griechenland und Deutschland hatten in den letzten zwei Jahren sicherlich einen sehr tödlichen Winterflus. Ich denke damals hatten sie eine kleinere Bevölkerung von sehr schutzbedürftigen Menschen, und das ist der Hauptgrund, warum sie weniger Menschen verloren haben. Es geht nicht um das Sperren, es geht nicht um das Testen, Verfolgen oder Verfolgen.

Ich persönlich glaube nicht, dass eine dieser Maßnahmen überhaupt einen Unterschied gemacht hat. Belgien, Großbritannien und Schweden waren besonders gefährdet, während benachbarte nordische Länder - ich - es satt haben, davon zu hören, dass sie gesperrt wurden, und deshalb haben sie gerettet und befürchtet, dass die anderen nordischen Länder normale Grippeepidemien hatten letzte zwei oder drei Jahre. Schweden hatte wie Großbritannien sehr leichte Epidemien: Sie können sich einfach die Anzahl der Todesfälle ansehen, was für Großbritannien und Schweden nicht normal ist. Und jetzt haben wir eine überdurchschnittliche, eine überdurchschnittliche Anzahl von Todesfällen durch Covid.

Nun mag es andere Gründe geben, ich sage nicht, dass es keine gibt, aber ich denke, diese beiden Hauptkräfte - das Ausmaß der vorherigen Immunität und der sogenannte „trockene Zunder“ -, welchen gefährdeten Teil der Bevölkerung hatten Sie als Ergebnis von saisonaler Grippe, die intensiv ist oder nicht - ich denke, das macht den größten Teil davon aus. Und es ist - es ist nur puberistisch und, ähm, und - und irgendwie albern, dass unsere Regierung und Berater Ihnen sagen, dass Dinge, die in der Vergangenheit noch nie funktioniert haben, wie das Sperren, einen Unterschied für die Übertragung von Atemwegsviren bedeuten werden.
Ich glaube es keinen Moment.

Es gibt keine wissenschaftlichen Beweise dahinter und es gibt viel stärkere wissenschaftliche Hypothesen, die dies erklären. Sie könnten denken, dass Covid in Bezug auf die Anzahl der Todesfälle - übermäßige Todesfälle - eine so große Zahl hervorgebracht hat, dass dies ein schreckliches Jahr für übermäßige Todesfälle sein wird, aber überraschenderweise nicht. 2020 steht seit 1993 auf Platz acht einer Liste.

In diesem Land sterben jedes Jahr rund 620.000 Menschen. Sie sagen, dass wir im Leben auch im Tod sind - und es ist wahr, es war schrecklich für diejenigen, die persönlich von Krankheit und Tod betroffen waren, aber es ist nicht besonders ungewöhnlich in Bezug auf die Anzahl der Menschen, die gestorben sind. Eines der Dinge, die mir aufgefallen sind, ist in den letzten Jahren passiert, dass wir uns fast zu bewegen scheinen, ähm, Sie wissen, Post-Science, Post-Fact, als

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

ob - als ob Fakten keine Rolle spielen. Für jemanden, der seit 35 Jahren als professioneller Wissenschaftler qualifiziert und praktiziert ist, finde ich es zutiefst beunruhigend, dass Sie mir nicht zuhören sollten, wenn ich über - ich weiß nicht, das Design von Autobahnen oder so etwas - sprach. Ich weiß nichts über Autobahnen oder - oder wie man Bäume besser züchtet, ich weiß nichts darüber. Aber ich weiß ziemlich viel über Immunologie, Infektion, Entzündung und die Art und Weise, wie sich infektiöse Organismen durch eine Population bewegen.

Ich habe keinen anderen Grund, dieses Interview zu geben, als dass es mir wirklich wichtig ist, was mit meinem Land passiert - und wir müssen uns daraus herausziehen. Und ich persönlich glaube, der Weg nach vorne ist zweifach, es ist nicht schwierig. Erstens sollten wir die Massentests für die meisten Brunnen in der Gemeinde sofort einstellen - sie liefern nur irreführende und graue Informationen, und dennoch treiben wir die Politik fast vollständig darauf an. Es ist definitiv falsch, wir sollten es nicht tun.

Verwenden Sie die Tests im Krankenhaus - ich sage nicht, dass Sie nicht testen - setzen Sie die Massentests nicht fort und erhöhen Sie nicht die Anzahl der Tests, um Gottes willen. Es ist eine Pathologie für sich, die von richtig denkenden Menschen ausgerottet werden muss. Und ich fürchte, die Leute auf SAGE, die die Modellierung, die Vorhersagen, die - die Maßnahmen, die ergriffen werden sollten, dass ihre Arbeit so schlecht und offensichtlich fehlerhaft ist - tödlich inkompetent geliefert haben, dass Sie nichts mehr zu tun haben sollten mit diesen Leuten. Sie sollten sofort abgefeuert werden.

Dieser Rat hatte zur Folge, dass viele unschuldige Menschen aus nicht-kovidischen Gründen das Leben gekostet haben und dass sie mit einer geeigneten Gruppe qualifizierter Personen entlassen und wiederhergestellt werden sollten. Insbesondere sollte vermieden werden, dass jemand den Vorschlag eines Konflikts hat von Interesse. Ich denke, wir sind direkt am Rande des Abgrunds. Ich hoffe wirklich, dass wir uns zurückziehen können.

Zu 1. Punkt n: Portugiesisches Berufungsgericht hält PCR-Tests für unzuverlässig und hebt Quarantäne auf

An den PCR Tests, die auf eine Veröffentlichung des deutschen Virologen Christian Drosten zurückzuführen und vom privaten Verein WHO gepusht wurden, gibt es schon länger Zweifel. Vor allem daran, dass Ergebnisse des Tests für behördliche Entscheidungen von Quarantäne bis Lockdowns herangezogen werden. Diese Bedenken sind nun in einem Entscheid eines portugiesischen Berufungsgerichtshof festgehalten worden.

In einer Entscheidung vom 11. November 2020 urteilte ein portugiesisches Berufungsgericht gegen die regionale Gesundheitsbehörde der Azoren in Bezug auf ein Urteil eines Untergerichts, die Quarantäne von vier Personen für unrechtmäßig zu erklären. Von diesen war eine Person mit einem PCR-Test positiv auf Covid getestet worden; bei den anderen drei Personen wurde davon ausgegangen, dass sie einem hohen Expositionsrisiko ausgesetzt waren. Infolgedessen entschied die regionale Gesundheitsbehörde, dass alle vier infektiös und gesundheitsgefährdend seien, weshalb sie isoliert werden mussten. Eine Vorgangsweise, die wir auch bei unseren Gesundheitsbehörden regelmäßig erleben.

Die Vorinstanz hatte gegen die Gesundheitsbehörde entschieden, und das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung mit Argumenten, die die wissenschaftlichen Ansicht vieler Experten

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

wie etwa des früheren Chief Science Officers von Pharma-Gigant Pfizer wegen der mangelnden Zuverlässigkeit der PCR-Tests ausdrücklich unterstützen.

Für Kenner der portugiesischen Sprache ist das Urteil hier nachzulesen[3], die englische Übersetzung durch einen portugiesischen Professor hier[4].

Die Hauptpunkte des Gerichtsentscheids sind wie folgt:

Eine medizinische Diagnose ist eine medizinische Handlung, zu der nur ein Arzt rechtlich befugt ist und für die dieser Arzt allein und vollständig verantwortlich ist. Keine andere Person oder Institution, einschließlich Regierungsbehörden oder Gerichten, hat eine solche Befugnis. Es ist nicht Aufgabe der regionalen Gesundheitsbehörde der Azoren, jemanden für krank oder gesundheitsgefährdend zu erklären. Nur ein Arzt kann dies tun. Niemand kann per Dekret oder Gesetz für krank oder gesundheitsgefährdend erklärt werden, auch nicht als automatische, administrative Folge des Ergebnisses eines Labortests, egal welcher Art.

Daraus folgert das Gericht, dass „bei Durchführung ohne vorherige ärztliche Beobachtung des Patienten, ohne Beteiligung eines durch den Ordem dos Médicos zertifizierten Arztes, der die Symptome beurteilt und die für notwendig erachteten Tests/Prüfungen verlangt hätte, jede Handlung der Diagnose, oder irgendeine Handlung zur Überwachung der öffentlichen Gesundheit (wie z.B. die Feststellung, ob eine Virusinfektion oder ein hohes Expositionsrisiko besteht, was die oben genannten Begriffe zusammenfassen) gegen [eine Reihe von Gesetzen und Vorschriften] verstößt und ein Verbrechen der usurpação de funções [unrechtmäßige Berufsausübung] darstellen kann, wenn diese Handlungen von jemandem ausgeführt oder diktiert werden, dem die Fähigkeit dazu fehlt, das heißt, von jemandem, der kein approbierter Arzt ist [um in Portugal Medizin zu praktizieren, reicht ein Abschluss nicht aus, Man muss als qualifiziert für die Ausübung des Arztberufs anerkannt werden, indem man sich einer Prüfung mit dem Ordem dos Médicos unterziehen]“.

Darüber hinaus stellt das Gericht fest, dass die Gesundheitsbehörde der Azoren gegen Artikel 6 der Allgemeinen Erklärung über Bioethik und Menschenrechte verstoßen hat, da sie es versäumt hat, den Nachweis zu erbringen, dass die in dieser Erklärung vorgeschriebene informierte Zustimmung von den PCR-getesteten Personen erteilt wurde, die sich gegen die ihnen auferlegten Zwangsquarantänemaßnahmen beschwert hatten.

Aus den dem Gericht vorgelegten Fakten schloss es, dass weder vor noch nach der Durchführung des Tests Beweise oder auch nur Hinweise darauf vorlagen, dass die vier fraglichen Personen von einem Arzt untersucht worden waren.

Grundlegende Kritik am PCR Test durch das Gericht

Das Obige würde ausreichen, um die Zwangsquarantäne der vier Personen als rechtswidrig zu betrachten. Das Gericht hielt es jedoch für notwendig, einige sehr interessante Überlegungen zu den PCR-Tests hinzuzufügen:

„Auf der Grundlage der derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Beweise ist dieser Test [der RT-PCR-Test] an und für sich nicht in der Lage, zweifelsfrei festzustellen, ob die Positivität tatsächlich

---

[3] Original Urteil zum nachlesen https://drive.google.com/file/d/1t1b01H0Jd4hsMU7V1vy70yr8s3jlBedr/view

[4] Englische Übersetzung https://lockdownsceptics.org/2020/11/16/latest-news-195/

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus entspricht, und zwar aus mehreren Gründen, von denen zwei von vorrangiger Bedeutung sind: Die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der Anzahl der verwendeten Zyklen ab; die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der vorhandenen Viruslast ab.

Unter Berufung auf Jaafar et al. (2020; https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491) kommt das Gericht zu dem Schluss, dass „wenn eine Person durch PCR als positiv getestet wird, wenn ein Schwellenwert von 35 Zyklen oder höher verwendet wird (wie es in den meisten Labors in Europa und den USA die Regel ist), die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person infiziert ist, <3% beträgt und die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis ein falsches Positiv ist, 97% beträgt". Das Gericht stellt ferner fest, dass der Schwellenwert für die Zyklen, der für die derzeit in Portugal durchgeführten PCR-Tests verwendet wird, unbekannt ist.

Unter Berufung auf Surkova et al. (2020; https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30453-7/fulltext) stellt das Gericht weiter fest, dass jeder diagnostische Test im Kontext der tatsächlichen Krankheitswahrscheinlichkeit interpretiert werden muss, wie sie vor der Durchführung des Tests selbst eingeschätzt wird, und äußert die Meinung, dass „in der gegenwärtigen epidemiologischen Landschaft die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Covid-19-Tests falsch positive Ergebnisse liefern, was erhebliche Auswirkungen auf den Einzelnen, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft hat".

Die Zusammenfassung des Gerichts zur Entscheidung gegen die Berufung der regionalen Gesundheitsbehörde lautet wie folgt:

„Angesichts der von Experten, d.h. denjenigen, die eine Rolle spielen, geäußerten wissenschaftlichen Zweifel an der Zuverlässigkeit der PCR-Tests, angesichts des Mangels an Informationen über die analytischen Parameter der Tests und in Ermangelung einer ärztlichen Diagnose, die das Vorhandensein einer Infektion oder eines Risikos belegt, kann dieses Gericht niemals feststellen, ob C tatsächlich ein Träger des SARS-CoV-2-Virus war oder ob A, B und D einem hohen Risiko ausgesetzt waren."

Die Auswirkungen des Urteils

Dieses Urteil sollte massive rechtliche Auswirkungen in Portugal haben . Dazu gibt es noch ein früheres Urteils des Verfassungsgerichts, das eine Entscheidung der Regionalregierung der Azoren, jeden Passagier, der auf einem Flughafen des Territoriums landet, in eine 14-tägige Quarantäne zu zwingen, als unrechtmäßige Freiheitsberaubung erklärt hat.

Zu erwarten ist wohl auch, dass Gerichte in anderen EU-Ländern diese Urteile zum Anlass nehmen könnten sich auch mit den wissenschaftlichen Grundlagen zu befassen, die für diese Urteile ausschlaggebend waren.

Wie wir an der Entwicklung der Pandemie in Italien sehen können, haben erst die PCR-Tests und die darauf folgenden behördlichen Maßnahmen zu einer massiven Steigerung von Todesfällen geführt, sowohl von mit als auch ohne Infektion. Covid-19 Erkrankungen und SARS-Infektionen sind in Italien bereit ab dem Sommer 2019 nachgewiesen worden, also lange bevor bekannt wurde worum es sich handelt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 2. Punkt a: Kohlendioxid-Messungen der Luft unter MNS-Masken- Kurzfassung[5]:

Am 08.09.2020 wurden vom Ingenieurbüro „Traindl-consult" Messungen der Kohlendioxid-Konzen-tration unter MNS-Masken bei drei Versuchspersonen durchgeführt. Die Untersuchungen wurden in Form eines Videos dokumentiert und am 11.09.2020 durch eine Verbreitung über das Internet einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Im vorliegenden Gutachten werden die Ergebnisse der Messungen sowie deren Beurteilung in schriftlicher Form detailliert dokumentiert. Das Video, das unter https://www.oesterreichistfrei.info/co2-test/ einsehbar ist, ist Teil des Gutachtens.

Die jeweils einige Minuten andauernden kontinuierlichen Messungen zeigten bei allen Ver-

Gasanalysator Biogas 5000 (Geotech)

Messgerät	Gasanalysator BM 5000
Hersteller	Geotech
Messbereich / Nachweisgrenze	Methan: 0 – 100 Vol.% / 0,1 Vol.% Kohlendioxid: 0 – 100 Vol.% / 0,1 Vol.% Sauerstoff: 0 – 25 Vol.% / 0,1 Vol.%
Anzeige-Genauigkeit	Methan: 0,1 Vol.% Kohlendioxid: 0,1 Vol.% Sauerstoff: 0,1 Vol.%
Sensor-Typen	Methan: IR-Sensor Kohlendioxid: IR-Sensor Sauerstoff: elektrochemischer Sensor
Ansprechzeit	Methan: ≤ 10 sec. Kohlendioxid: ≤ 10 sec. Sauerstoff: ≤ 20 sec.
Betriebstemperatur	- 10 °C bis + 50 °C
Absaugleistung, integrierte Pumpe	550ml/min.

suchspersonen erhöhte Kohlendioxid-Messwerte unter den MNS-Masken in einem Konzentrationsbereich von ca. 3 - 5 Vol.% auf gleichbleibendem Niveau.

Auf Grund der geringen Probandenzahl von drei Versuchspersonen haben die gegenständlichen Messungen lediglich Stichprobencharakter und entsprechen daher keineswegs einer Studie, die natürlich wesentlich aufwändiger sein müsste. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen allerdings die Untersuchungen von Fr. Dr Butz aus dem Jahr 2004, dass sich Kohlendioxid aus der ausgeatmeten Luft unterhalb der MNS-Maske ansammelt, das in Folge wieder rückgeatmet wird.

[5] Original Gutachten https://www.dropbox.com/s/v4bv867ukamnw6f/CO2-Messungen-unter-MNS-Masken-06-11-2020.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Im Zuge der Einatmung kommt es zu einer Rückatmung des, in Folge der Stauwirkung unter der MNS-Maske angesammelten Kohlendioxids der ausgeatmeten Luft („Totraumvolumen" unter der MNS-Maske). Durch Mischung dieser, mit Kohlendioxid deutlich belasteten, Luft aus dem Masken-inneren mit atmosphärischer Luft im Zuge des Einatmens erfolgt eine Verdünnung. Das Mischungsverhältnis hängt unter anderem von Maskengröße, Maskentyp, Größe des Einatmungsvo-lumens und der Atmungsfrequenz ab. Grobe Abschätzungen ergaben für erwachsene Personen eine Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft zwischen 0,8 Vol.% (entsprechen 8.000 ppm) und 1,3 Vol.% (entsprechend 13.000 ppm). Bei Jugendlichen und Kindern ist auf Grund des unterschiedlichen Größenverhältnisses von „Totraumvolumen" unter der MNS-Maske zu Ein-atmungsvolumen im Vergleich mit erwachsenen Personen mit höheren Kohlendioxid-Konzen-trationen in der letztendlich eingeatmeten Luft zu rechnen.

Auf Grund der Überschreitungen der gesetzlichen Grenzwerte (Grenzwerteverordnung 2020) so-wie der vom Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft in der „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter" empfohlenen Richtwerte für die Innenraumluft (gleichzusetzen mit eingeatmeter Luft) ist mit gesundheitlichen Auswirkungen zu rechnen. Speziell im schulischen Bereich ist meiner Ansicht nach „Gefahr in Verzug" gegeben. Meine Empfehlung ist daher eine sofortige Aussetzung der Masken-Tragepflicht und Umänderung in eine Freiwilligkeit.

Zu 2. Punkt b: Anlass und Auftrag

Aufgrund der durch die derzeitige gesetzliche Lage verordneten Maskenpflicht in öffentlichen Innenräumen sollte untersucht werden, ob sich unter der MNS-Maske Kohlendioxid aus der ausgeatmeten Luft ansammelt, das in Folge wieder rückgeatmet wird. Durch die durchgeführten Messungen sollten die Untersuchungen von Frau Dr. Butz, die in ihrer Dissertation an der TU München veröffentlicht wurden, überprüft und gegebenenfalls verifiziert werden. Die Dissertation von Frau Dr. Butz ist unter https://mediatum.ub.tum.de/doc/602557/602557.pdf downloadbar.

Der Auftrag beinhaltet weiters die Beurteilung der Messergebnisse aus aktueller Sicht.
Die Untersuchungen wurden in Form eines Videos dokumentiert. Das Video mit den Mess-ergebnissen und einer ersten Interpretation wurde am 11.09.2020 durch eine Verbreitung über das Internet einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Im vorliegenden Gutachten werden die Ergebnisse der Messungen sowie deren Beurteilung in schriftlicher Form dokumentiert. Das Video, das unter https://www.oesterreichistfrei.info/co2-test/ einsehbar ist, ist Teil des Gutachtens.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 2. Punkt c: Messmethodik und Messgeräte

Datum: 08.09.2020

Ort: Büro der Firma „Ing. Dr. Helmut Traindl", Traindl-consult
(Ing-Büro für Technischen Umweltschutz, Technische Chemie und Erdwissenschaften, allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, Sicherheitsfachkraft.).
1100 Wien, Hertha Firnbergstraße 14

Zeit: 13:30 – 14:30

Teilnehmer: Ing. Dr. Helmut Traindl (Traindl-consult)
Fr. Edith Brötzner (Initiative „#Österreichistfrei")
Fr. Valentina Brötzner (Tochter von Fr. Brötzner)

Versuchsdurchführung / Versuchs-Aufbau:

Die Testperson positionierte nach Aufsetzen der MNS-Maske einen Schlauch unter der MNS-Maske. Danach wurde die Luft mit 0,55 l/Min. unterhalb der MNS-Maske abgesaugt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Absaugung im Ein-/Ausatmungsbereich zwischen Mund (Oberlippe) und Nase erfolgte.

Versuchspersonen / Art der verwendeten Mund-Nasen-Schutz-Maske:

Versuchsperson	Alter	Art Mund-Nasen-Schutz-Maske	Anmerkungen
Fr. Valentina Brötzner	13	Selbstgenähte MNS-Maske	Frisch, noch nicht verwendet
Fr. Edith Brötzner	36	Handelsübliche MNS-Maske	Frisch, direkt aus der Verpackung
Dr. Helmut Traindl	65	Handelsübliche MNS-Maske	Bereits einige Male verwendet, insgesamt maximal 30 Min.

Dauer der Versuche: Jeweils ca. 5 Minuten.

Für die gegenständlichen Messungen war die Konzentration von Kohlendioxid relevant.

> *„chemisch richtige Bezeichnung, die auch in der Grenzwerteverordnung 2020 und der Richtlinie zur Innenraumluftqualität des BMLFUW verwendet wird, ist „Kohlenstoffdioxid".*

Qualitätssicherung: Der Gasanalysator wird als kalibriertes Gerät vom Erzeuger geliefert und ist ab Erhalt für die Luftmessungen einsetzbar. Die Parameter Methan, Kohlendioxid, Sauerstoff und Schwefelwasserstoff werden regelmäßig mit Prüfgasen auf die Richtigkeit der angezeigten Messwerte überprüft. Im Falle eines Überschreitens des Toleranzbereiches erfolgt sofort eine Nachkalibrierung des Messgeräts.

Im Regelfall können keine wesentlichen Änderungen der Empfindlichkeit der im Messgerät eingesetzten Detektoren festgestellt werden. Die Anzeigen sind langfristig konstant und eine Nachkalibrierung ist nur selten notwendig.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Das Messsystem wird jeweils am Tag vor den Messungen mit Kalibriergasen auf die Richtigkeit der angezeigten Messwerte getestet und auf die notwendige Dichtheit geprüft.

Einmal jährlich erfolgt eine externe Überprüfung sowie die Wartung des Messgeräts durch den Vertreter des Herstellers.

Zu 2. Punkt d: Durchführung

Alle Messergebnisse sind in der nachfolgenden Übersicht zusammengefasst.

Versuchsperson	Alter	Kohlendioxid	
Fr. Valentina Brötzner	13	3,4 Vol.% - 5,0 Vol.%	34.000 ppm – 50.000 ppm
Fr. Edith Brötzner	36	2,8 Vol.% - 3,6 Vol.%	28.000 ppm – 36.000 ppm
Dr. Helmut Traindl	65	4,2 Vol.% - 5,0 Vol.%	42.000 ppm – 50.000 ppm

Zu 2. Punkt e: Untersuchungsergebnis

Die ersten erhöhten Kohlendioxid-Konzentrationen waren bereits wenige Sekunden nach Beginn der Messungen festzustellen.

In der Zeitspanne davor wurde die atmosphärische Luft im Messsystem, im Wesentlichen dem Absaugschlauch, abgesaugt. Die jeweils einige Minuten andauernden kontinuierlichen Messungen zeigten bei allen Versuchspersonen erhöhte Kohlendioxid-Messwerte in einem Konzentrationsbereich von ca. 3 - 5 Vol.% auf gleichbleibendem Niveau (Messwerterfassungs-Intervall ca.1 Sekunde).

Zuvor durchgeführte Kontrollversuche ohne MNS-Maske ergaben nur minimale Kohlendioxid-Konzentrationen im gegenständlichen Messbereich.

Auf Grund der geringen Probandenzahl von drei Versuchspersonen haben die gegenständlichen Messungen lediglich Stichprobencharakter und entsprechen daher keineswegs einer Studie, die natürlich wesentlich aufwändiger sein müsste. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen allerdings die Untersuchungen von Fr. Dr Butz aus dem Jahr 2004, dass sich Kohlendioxid aus der ausgeatmeten Luft unterhalb der MNS-Maske ansammelt, das in Folge wieder rückgeatmet wird.

Nicht unerwähnt bleiben sollte außerdem ein ähnlich gestalteter Selbstversuch von Herrn Dipl. Ing. Dr. Klaus Pelikan. Auch hier wurden hohe Kohlendioxid-Konzentrationen unter der MNS-Maske nachgewiesen. Der Versuch ist in einem Video dokumentiert, das im Internet veröffentlicht wurde und unter dem link https://www.youtube.com/watch?v=9exlgkgp11s einsehbar ist.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 2. Punkt f: Beurteilung

Kohlendioxid-Konzentration unter der MNS-Maske

Die unter der MNS-Maske nachgewiesenen Kohlendioxid-Konzentrationen liegen deutlich über den in Österreich vorgegebenen gesetzlichen Arbeitsplatzgrenzwerten, MAK-Werte. (Grenzwerteverordnung 2020, Anhang I/2020, Seite 59).

	MAK-Werte Kohlendioxid (Kohlenstoffdioxid)		Beurteilungszeitraum
Tagesmittelwert (TMW)	5.000 ppm	0,5 Vol. %	8 Std./Tag, 40 Std./Woche
Kurzzeitwert (KZW)	10.000 ppm	1,0 Vol. %	Momentanwert 60 Minuten, max. 3x pro Schicht

Die Messergebnisse zeigen den Rückstau der ausgeatmeten Luft durch die MNS-Masken und der dadurch bedingten Ansammlung von mit Kohlendioxid belasteter Luft unter den MNS-Masken (Totraumvolumen).

Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft beim Tragen einer MNS-Maske

Im Zuge der Einatmung kommt es zu einer Rückatmung des, in Folge der Stauwirkung unter der MNS-Maske angesammelten Kohlendioxids der ausgeatmeten Luft („Totraumvolumen" unter der MNS-Maske). Durch Mischung dieser, mit Kohlendioxid deutlich belasteten, Luft aus dem Maskeninneren mit atmosphärischer Luft im Zuge des Einatmens erfolgt eine Verdünnung.

Das Mischungsverhältnis hängt unter anderem von Maskengröße, Maskentyp, Größe des Einatmungsvolumens und der Atmungsfrequenz ab.

Grobe Abschätzungen ergaben für erwachsene Personen eine Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft zwischen 0,8 Vol.% (entsprechen 8.000 ppm) und 1,3 Vol.% (entsprechend 13.000 ppm). Bei Jugendlichen und Kindern ist auf Grund des unterschiedlichen Größenverhältnisses von „Totraumvolumen" unter der MNS-Maske zu Einatmungsvolumen im Vergleich mit erwachsenen Personen mit höheren Kohlendioxid-Konzentrationen in der letztendlich eingeatmeten Luft zu rechnen.

Beurteilung auf Grundlage der aktuellen Arbeitsschutz-Gesetzgebung

Zusammengefasst kann auch die Konzentration von Kohlendioxid in der Atemluft, die letztlich beim

Tragen einer MNS-Maske eingeatmet wird, wie folgt bewertet werden:
Die eingeatmeten Kohlendioxid-Konzentrationen liegen beim Tragen einer MNS-Maske nach den gegenständlichen Untersuchungen über der in der Grenzwerteverordnung 2020 gesetzlich vorgegebenen maximalen Arbeitsplatzkonzentration (Tagesmittelwert) von 5.000 ppm (0,5 Vol.%). Abhängig vom Maskentyp, Maskengröße, Größe des Einatmungsvolumens und der Atemfrequenz kann aber auch der Kurzzeitwert von 10.000 ppm, entsprechend 1,0 Vol.% erreicht und sogar überschritten werden. Dieser Kurzzeitwert ist als Momentanwert definiert und darf zu keiner Zeit überschritten werden (Grenzwerteverordnung 2020, § 4, Abs. 4).

Es muss daher mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gerechnet werden.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Die angegebenen maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationen (MAK-Werte) gelten nur für gesunde Personen im erwerbsfähigen Alter. Es wird in der Grenzwerteverordnung 2020 davon ausge-gangen, dass bei Einhaltung der MAK-Werte im Allgemeinen die Gesundheit von Arbeitnehmer-Innen nicht beeinträchtigt wird und diese nicht unangemessen belästigt werden. Es wird aber auch angeführt, dass im Einzelfall, insbesondere bei schwangeren oder stillenden Arbeitnehmerinnen, jedoch auch bei Einhaltung der MAK-Werte eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder unan-gemessene Belästigung nicht ausgeschlossen werden kann (Grenzwerteverordnung 2020, § 2, Abs. 2). Singemäß kann daher davon ausgegangen werden, dass dieser Zusatz auch auf Men-schen mit Vorerkrankungen zutrifft.

Andere Personengruppen (Kinder, Jugendliche, nicht erwerbstätige erwachsene Personen, kranke Personen und Personen mit Vorerkrankungen) sind nicht durch die Vorgaben der österreichischen Arbeitsschutzgesetze vor Gefahrstoffen in der Raumluft bzw. in der eingeatmeten Luft geschützt. Die Beurteilung des Gefährdungspotentials von Kohlendioxid in der Atemluft für diese Personengruppen wird im nächsten Abschnitt detailliert erläutert.

Es ist anzumerken, dass die Unterscheidung Raumluft in Arbeitsstätten und eingeatmete Luft nur durch die gesetzlich verordnete Maskenpflicht notwendig geworden ist. Auf Grund der Rückatmung des sich unter der MNS-Maske angesammelten Kohlendioxids, kommt beim Tragen einer MNS-Maske zur Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft anteilsmäßig das aus dem Totraumvolumen der Maske rückgeatmete Kohlendioxid dazu.

Die gesetzlichen Grenzwerte beziehen sich auf die Luft am Arbeitsplatz. Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber bei der Festlegung von Konzentrations-Grenzwerten (MAK-Werten) von Gefahrstoffen in der Luft am Arbeitsplatz, im gegenständlichen Fall Kohlendioxid (Kohlenstoffdioxid), also de facto die Luft die eingeatmet wird gemeint hat.

Darauf weist der Gesetzgeber auch in § 22, Absatz 3 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes hin: „In Arbeitsräumen muss unter Berücksichtigung der Arbeitsvorgänge und der körperlichen Belastung der Arbeitnehmer ausreichend gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein und müssen raumklimatische Verhältnisse herrschen, die dem menschlichen Organismus angemessen sind.“

Beurteilung auf Grundlage der Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft (BMLFUW)

Die Grenzwerte der Arbeitsschutz-Gesetze gelten nur für ArbeitnehmerInnen, nicht aber für den Rest der Bevölkerung (Kinder, Jugendliche, nicht erwerbstätige erwachsene Personen, kranke Personen, Personen mit Vorerkrankungen). Für diese Personengruppen kann zur Beurteilung der Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft unter MNS-Masken die „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter“ herangezogen werden (Hrsg. Arbeitskreis Innenraumluft am Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW), aktualisierte Fassung 2017). Sie ist über nachfolgenden link downloadbar (Innenraumluft_Richtlinie_Teil 7_CO2-1.pdf):

https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/luft/luft/innenraum/rl_luftqualitaet.html

In dieser Richtlinie wird Kohlendioxid als Lüftungsparameter herangezogen. Die wesentliche Bedeutung des relativ leicht zu ermittelnden Indikators Kohlendioxid (CO2) liegt darin, dass durch ihn

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

In der Richtlinie des BMLFUW werden folgende Richtwerte und Ziele für die Raumluftqualität angegeben (Seite 37, Tab. 7):

Klasse	Beschreibung	Arithmetischer Mittelwert der Momentanwerte für CO_2 [ppm]
Klasse 1	Ziel für Innenräume für den dauerhaften Aufenthalt von Personen	≤ 800
Klasse 2	Richtwert für Innenräume für den dauerhaften Aufenthalt von Personen, in denen geistige Tätigkeiten verrichtet werden bzw. die zur Regeneration dienen	≤ 1000
Klasse 3	Allgemeiner Richtwert für Innenräume für den dauerhaften Aufenthalt von Personen	≤ 1400
Klasse 4	Richtwert für Innenräume mit geringer Nutzungsdauer durch Personen	≤ 5000
Außerhalb der Klassen	Für die Nutzung durch Personen nicht akzeptabel	> 5000

Konzentrationen definiert werden, die einen Hinweis auf hygienisch unzureichende Raumluft-qualität geben.

Im Jahr 2017, also in einer Zeit, in der noch keine allgemeine MNS-Maskenpflicht bestand, war der Begriff Innenraumluft mit Einatmungsluft gleichzusetzen. Im Vergleich dazu setzt sich die Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft beim Tragen von MNS-Masken aus der Kohlendioxid-Konzentration der ausgeatmeten Luft, die sich unter der Maske ansammelt und rückgeatmet wird und der Kohlendioxid-Konzentration in der frischen atmosphärischen Luft zusammen (Mischung im Zuge der Einatmung).

Für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter bedeutet dies, dass die in der „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter" empfohlenen Kohlendioxid-Konzentrationen deutlich überschritten werden. Unter Punkt 5.2 („Definitionen") werden Schul-, Unterrichts- und Vortragsräume als Innenräume definiert, in denen geistige Tätigkeiten verrichtet werden. Dies entspricht einer Klasse 2. Der empfohlene Richtwert liegt bei < 1.000 ppm Kohlendioxid, entsprechend < 0,1 Vol.%.
Anzumerken wäre, dass in einer Studie des deutschen Umweltbundesamts eine Kohlendioxid-Konzentration in der Atemluft von > 2.000 ppm (> 0,2 Vol.%) als „hygienisch inakzeptabel" bewertet wird.

Auf Grund der deutlichen Überschreitung ist, wie in der oben angeführten Richtlinie detailliert beschrieben, mit gesundheitlichen Auswirkungen zu rechnen.

<u>Mögliche Gesundheitliche Auswirkungen von erhöhten Kohlendioxid-Konzentrationen in der eingeatmeten Luft:</u>

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Aufgrund der Überschreitungen der gesetzlichen Grenzwerte (Grenzwerteverordnung 2020) sowie der vom Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft in der „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter" empfohlenen Richtwerte für die Innenraumluft (gleichzusetzen mit eingeatmeter Luft) ist mit gesundheitlichen Auswirkungen zu rechnen.

Bei der aktuellen Situation mit der Tragepflicht von MNS-Masken setzt sich die Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft aus der Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft/ Außenluft und der ausgeatmeten, mit Kohlendioxid angereicherten Luft, die sich unter den MNS-Masken ansammelt, zusammen. Eine Messung der Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft / Außenluft allein zur Überprüfung, ob Arbeitsplatzgrenzwerte oder Innenraumluft-Richtwerte eingehalten werden wäre unvollständig. Das Ergebnis entspräche nicht den tatsächlichen Belastungsverhältnissen.

In der „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter" werden die physiologischen Wirkungen erhöhter Kohlendioxid-Konzentrationen angeführt (Seite 26).

Als akute Vergiftungszeichen sind bei hohen Kohlendioxid-Konzentrationen Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Reflexverlangsamung, motorische Unruhe etc. zu beobachten. In der Bekanntmachung des Umweltbundesamts (Deutschland) „Gesundheitliche Bewertung von Kohlendioxid in der Innenraumluft" Bundesgesundheitsbl -Gesundheitsforsch -Gesundheitsschutz 2008 – 51:1358-1369, Springer Medizin Verlag 2008) wird im Abschnitt 5 „Gesundheitliche Wirkungen von Kohlendioxid in der Atemluft" unter anderem eine Zunahme von ZNS-Symptomen wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel und Konzentrationsschwäche bei Kohlendioxid-Konzentrationen > 1.500 ppm, entsprechend > 0,15 Vol.%, in der Raumluft dokumentiert.

Symptome, die den oben beschriebenen entsprechen, treten in der letzten Zeit vermehrt auf. Ein Zusammenhang mit der gesetzlich verordneten Maskenpflicht scheint offensichtlich zu sein, zumal durch die durchgeführten Versuche die Ansammlung von mit Kohlendioxid belasteter Luft unter der MNS-Maske nachgewiesen wurde und durch die Rückatmung ein augenscheinlicher Zusammenhang besteht.

Stellvertretend für mittlerweile viele Berichte von betroffenen Schülern/Schülerinnen sei hier nur der Fall eines 12-jährigen Mädchens genannt, das auf Grund des Tragens einer MNS-Maske kollabierte. Der Leidensweg des Kindes ist in einem Video-Interview mit der Mutter des Kindes dokumentiert. Link: https://www.youtube.com/watch?v=EijsxPN3YtI

Empfehlung:
Auf Grund der obigen Ausführungen sehe ich im Sinne des Arbeitnehmerschutzes das Arbeitsinspektorat als zuständige österreichische Behörde in der Pflicht, unverzüglich entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Hierbei ist anzumerken, dass gemäß § 22, Absatz 3 des ASchG in Arbeitsräumen ausreichend gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein muss. Auf Grund der Maskentragepflicht sind beim Vergleich mit den gesetzlichen Arbeitsplatz-Grenzwerten, die geänderten Umstände **(Rückatmung von ausgeatmeter, mit Kohlendioxid belasteter Luft, die sich unter MNS-Masken ansammelt)** zu berücksichtigen.

Gemäß §2 der Grenzwerteverordnung 2020 wurden die maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationen so festgelegt, dass bei deren Einhaltung die Gesundheit von ArbeitnehmerInnen nicht beeinträchtigt wird. Der aktuelle Grenzwert der Grenzwerteverordnung 2020 für Kohlendioxid (Kohlenstoffdioxid) steht allerdings im Widerspruch zu den deutlich geringeren, vom Bundesministerium für

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft empfohlenen, Richtwerten für die Innenraumluft. Auch hier wäre das Arbeitsinspektorat hinsichtlich einer Klärung gefordert. Für den Schulbereich sehe ich eine Verpflichtung für das Bildungsministerium, die Direktoren und die Lehrer, da bei ihnen die Obsorgepflicht für alle ihnen unterstellten Schülern und Schülerinnen besteht.

Da die, in der Richtlinie des am Bundesministeriums für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft aus dem Jahr 2017 empfohlenen Kohlendioxid-Konzentrationen in der einge-atmeten Luft beim Tragen von MNS-Masken deutlich überschritten werden, ist nach meiner Einschätzung „Gefahr in Verzug" gegeben. Dies wird durch die, immer häufiger werdenden veröffentlichten Berichte von betroffenen Schülern/Schülerinnen bestätigt.

Meine Empfehlung ist daher eine sofortige Aussetzung der Masken-Tragepflicht und Umänderung in eine Freiwilligkeit.

Hinsichtlich der möglichen Schutzwirkung von MNS-Masken zur Eindämmung der Verbreitung von Viren, möchte ich auf die aktuell immer größere Zahl an wissenschaftlichen Publikationen hinweisen, bei denen fundiert belegt wird, dass durch MNS-Masken keine Schutzwirkung besteht. Als Beispiel dafür möchte ich eine aktuelle Fachpublikation aus dem renommiertesten Verlag für medizinische Wissenschaftspublikationen, dem Thieme-Verlag, anführen. Ines Kappstein: Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit (Thieme Verlag. CME-Fortbildung, 2020).

Fazit: Die gewählten Massnahmen und die Empfehlung der Regierung, sind Arbeitsschutzrechtlich nicht gedeckt. Auch die gesetzliche AUVA wird in einer Regress Sachlage sich von Entschädigungen entziehen. Der Eingriff in die Körperlichen Unversehrtheit (Grundrecht des Bürger) wurde ohne eine sinnesfassenden Evidenz fahrlässig verordnet.

Wer haftet nun, dies wird nun durch die Gesetzeslage klar. Jeder Arbeitgeber, Beamter, Lehrer, Polizist und Veranstalter von Events und Seminare steht letztendlich in der Haftung. Dieses Risiko wurde jedoch in keiner Verordnung, Pressekonferenz oder durch Aufklärungsmaßnahmen den hafteten Personen vermittelt.

Zu 2. Punkt g: Gefährdung durch die Verwendung eines MundNasen-Bedeckung (MNB) bei Kindern und Jugendlichen[6]

In den vergangenen Monaten wurden immer wieder Diskussionen über Nutzen und Schaden einer Mund-Nasen-Bedeckung (MNB) inklusive Community-Masken geführt. So änderte sich die Empfehlung von «in der breiten Bevölkerung kontraproduktiv» zu «unnötig», zu «möglicherweise schützend», zu «schützt», zur «dringenden Empfehlung» und letztlich zur «Tragepflicht».

Es verwundert nicht, dass diese Diskussion nicht nur wissenschaftlich, sondern auch politisch und emotional geführt wird. Die Maskenpflicht ist nun in vielen Bundesländern auf Schülerinnen und Schüler verschiedener Stufen ausgeweitet worden. Doch wie steht es um die Abschätzung der Verhältnismäßigkeit und vor allem der Unbedenklichkeit bei der Anwendung einer MNB bei

---

[6] Originaldokument; https://www.dropbox.com/s/vvmvebsbc38qrra/Deutsche-Vorstudie-von-B.-Voehringer-und-weitere.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Kindern und Jugendlichen?

In dieser Zusammenstellung werden verschiedene Aspekte aufgezeigt, welche höchste Beachtung benötigen. Ein grobes Gesundheitsrisiko für Kinder kann nicht ausgeschlossen werden, es ist sogar höchst wahrscheinlich.

Um dies verständlich aufzuzeigen, wird sich nachfolgend auf zwei Fragestellungen konzentriert:

- Sind bestehende Studien anwendbar auf Kinder und Jugendlichen?
- Gibt es eine direkte gesundheitliche Gefährdung?

In weiterer Ausarbeitung befinden sich folgende Themen, diese werden zu einem späteren Zeitpunkt publiziert:

- Gibt es eine indirekte gesundheitliche Gefährdung? (Kontamination, Handhabung etc.)
- Sind Kinder und Jugendliche maßgebliche Pandemietreiber?

Zu 2. Punkt h: Sind bestehende Studien anwendbar auf Kinder und Jugendliche?

Die vorhandene Literatur und wissenschaftliche Arbeiten beschränken sich bei den Untersuchungen auf Erwachsene. Es gibt keine uns bekannten Studien, welche die spezielle Physiologie von Kindern einbezieht. Des Weiteren befassen sich die vorhandenen Studien mit der Frage der gesundheitlichen Unbedenklichkeit der MNB in einem eng beschränkten Zeitraum.

Keine Studie untersucht den Einfluss einer MNB bei Erwachsenen oder Kindern über einen längeren Zeitraum (Tage, Wochen, Monate). Zu erwähnen sei hier als Indikator auch eine Studie mit Ratten, wo eine wiederholte Hyperkapnie (paC02 :2: 4SmmHg) zu irreversiblen Schäden im Hirnstammbereich und damit einhergehend zu einer starken Reduktion der Lernleistung führte (Huo, et al., 2014). Zudem fanden alle Studien bezüglich Schädlichkeit im Labor und oder der Klinik statt. In beiden Settings sind die klimatischen Bedingungen konstant.

Somit sind die Studien weder auf Kinder ausgelegt, noch spiegeln sie die jetzt vorherrschenden Tragebedingungen wider.

Im Arbeitsschutz sind jedoch Regeln vorhanden.

Gibt es eine direkte gesundheitliche Gefährdung?
Die nachfolgenden Ausführungen liefern den dringenden Verdacht der direkten Gesundheitsgefährdung.

Die geltenden Arbeitsschutzvorschriften in Deutschland ähnlich in Österreich:

Bei Erwachsenen gibt es klare Regeln zum Tragen von Atemschutzmasken. Bei einem gewissen Atemwiderstand oder Gewicht muss eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach ArbMedW - G26 - angeboten oder verpflichtend durchgeführt werden. Dies ist von den Berufsgenossenschaften in der BGR 190 vorgeschrieben. Weitere Regelungen finden sich u.a. in den DGUV Grundsätzen für arbeitsmedizinische Untersuchungen, in der DGUV 112-190 und in der AMR 14.2.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Der Grund hierfür ist, dass das Tragen von Atemschutz eine erhöhte körperliche Belastung bedeutet und es zu körperlichen Schäden kommen kann. Je nach Art der zusätzlichen Belastung infolge Umwelt oder körperlicher Aktivität können die Auswirkungen auf den Körper variieren. Dies gilt natürlich um so mehr bei körperlichen Einschränkungen oder gewissen Vorerkrankungen. Deshalb werden Personen, bei denen diese Untersuchung abweichende Normparameter aufzeigt, ggf. vom Tragen eines Atemschutzgerätes ausgenommen.

Atemschutzgeräte bis 3 Kg und ohne Atemwiderstand benötigen keine Untersuchung. Sobald allerdings ein Atemwiderstand gegeben ist, so muss zumindest eine Untersuchung angeboten werden.

Man unterscheidet 3 Kategorien:

G26.1: Gewicht bis 3kg und einem Atemwiderstand bis 5 mbar ab einer Tragezeit von 30 min pro Tag (Angebotsuntersuchung)

G26.2: Gewicht bis 5kg und einem Atemwiderstand über 5 mbar (P11ichtuntersuchung)

G26.3: Gewicht über 5kg und einem Atemwiderstand unter 6 mbar
(Pflichtuntersuchung)

FFPI, FFP2 (z.B. N95-Maske) und FFP3 Masken werden hier der G26.1 zugeordnet. Vor 2016 fielen FFP3-Masken sogar noch unter G26.2 und somit war eine Untersuchung verpflichtend. Auch hieran sieht man, dass es schon bei einem Erwachsenen zu Gesundheitsschäden kommen kann.

Die G26.1 beinhaltet mindestens eine Prüfung der Lungenfunktion, des Blutdrucks, eine Blut und Urinuntersuchung, eine Anamnese und körperliche Untersuchung. Herz-, Kreislauf-, Atemwegserkrankungen können zum Beispiel die Eignung einschränken. Der Gasaustausch und die Frischluftaufnahme ist von Material und Dichte einer verwendeten MNB abhängig. Je höher der Widerstand, umso höher die Atemarbeit, um den Gasaustausch zu gewährleisten. Ebenso beeinflusst der Widerstand die Zusammensetzung von C02 und 02 im Gasgemisch, das sich hinter der Maske bildet.

Zitat aus Interview mit Herr Dr. Christian Zilz (Zilz, 2020):

> *„Hauptsächlich kommt es durch den erhöhten Atemwegswiderstand zu einer Steigerung der Atemarbeit. Bei relevanten Vorerkrankungen wie zum Beispiel Herz-, Lungen- und Muskelerkrankungen, aber auch bei starkem Übergewicht, kann es zu einer Überlastung der Atemmuskulatur kommen.*
>
> *Dies kann dann zu einem erhöhten Kohlendioxid-Gehalt im Blut und auch zu einer respiratorischen Azidose {Übersäuerung des Blutes, weil zu wenig Co2 abgeatmet wird, Anmerk. d. Redaktion) führen. Der Co2-Anstieg im Blut kann Müdigkeit bis hin zur Kohlendioxid-Narkose zur Folge haben.*

und

> *,,Je nach verwendetem Material eines MNS oder der Klasse einer FFP-Maske kommt es zu einer höheren Atemanstrengung."*

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Nachfolgend kann die respiratorische Azidose durch einen kompensatorischen KaliumEinstrom aus den Körperzellen (im Austausch mit Wasserstoff-Ionen) in das Blutplasma zum Herzstillstand führen. Der Herzstillstand ist die direkte Folge einer Störung des kardialen Reizleitungssystems durch eine ausgeprägte Hyperkaliämie. (Larsen, 2012).

Zudem sei angemerkt, dass sich der Sauerstoffverbrauch in der Lungenmuskulatur überproportional schnell erhöht und von 5% auf maximal 20% des gesamten 02 -Verbrauchs ansteigt. Dies geschieht natürlich auf Kosten anderer Organe. (Sinngemäß nach (Brandes, Lang, & Schmidt, 2019))

Zitat aus dem Interview mit Oberarzt E. Bülke im Ärzteblatt (Edwin, 2020):

> *„Bei starker körperlicher Anstrengung besteht [...] die Gefahr der Hyperkapnie. Kann das Kohlendioxid {Co2} aufgrund des erhöhten Luftwiderstands in der Maske nicht richtig abgeatmet werden, könnte es sich im Blut anreichern und den pH-Wert im Blut senken. Der erhöhte Co2- Partialdruck würde dann zu einer respiratorischen Azidose führen“*

Aus den genannten Gründen ist beim Tragen zwingend eine Tragezeitbegrenzung vorgesehen. (DGUV Regel 112-190 - Benutzung von Atemschutzgeräten (BGR/GUV-R 190), 2011)

Für filtrierende Halbmasken (FFP1-FFP3) ohne Ventil ist eine Tragezeit von 75 min und 30 min Tragepause vorgesehen. Und das ist nochmals beschränkt auf 5 Einsätze pro Schicht und max. 4 Schichten die Woche.

Für filtrierende Halbmasken (FFP1-FFP3) mit Ventil ist eine Tragezeit von 120 min und 30 min Tragepause vorgesehen. Und das ist nochmals beschränkt auf 3 Einsätze pro Schicht und max. 5 Schichten die Woche.

Je nach Schwere der Arbeit kann diese Tragedauer verkürzt, aber niemals die Pausenzeit verringert werden.

Die Studie der Universität Leipzig legt sogar nahe, dass die Pausen nicht ausreichend sind.

Pressemitteilung des Universitätsklinikum Leipzig (Leipzig, 2020):

> *„Die Daten zeigen, dass die so genannte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit durch beide Masken-Typen signifikant reduziert wird. Die Masken beeinträchtigen die Atmung, vor allem das Volumen und die höchstmögliche Geschwindigkeit der Luft beim Ausatmen. Die maximal mögliche Kraft auf dem Fahrrad-Ergometer war deutlich reduziert. Im Stoffwechsel wurde eine schnellere Ansäuerung des Blutes bei Anstrengung registriert (Laktat). "Die Studie begrenzte sich dabei auf lediglich 3 x 3 min Belastung mit jeweils 10 min Pause.»*

Information von Maskenhersteller und Filtermaterialen verschiedener MNB der Maskenhersteller 3M schreibt, dass er in einigen Ländern keine Masken für Kinder anbietet, da diese für Erwachsene ausgelegt sind und dass die missbräuchliche Verwendung einer Atemschutzmaske Krankheit oder Tod zur Folge haben kann. (Atemschutz - FAQ Allgemeine Öffentlichkeit, 2020)

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Im Einzelfall kann es sein, dass eine FFP3-Maske dennoch der Atemschutzgeräte-Gruppe 2 (G26.2) zugeordnet werden muss, z. B. bei schwerer körperlicher Arbeit und/oder ungünstigen klimatischen Verhältnissen. Dies würde den Schluss nahelegen, dass bei einer sportlichen Betätigung die FFP3 unter G26.2 fallen muss. Damit muss eine Pflichtuntersuchung durchgeführt werden. (Mund-Nasen-Schutz oder FFP, 2020)

Die Firma Moltex gibt bei ihrer FFP3-Maske bei 30L/min einen Widerstand von 1 mbar und bei 90L/min einen Widerstand von 3 mbar an. (Datenblatt FFP Masken, 2016) Materialprüfungen weiterer im Alltag verwendeter MSN des Max-Plank-Institutes ergeben bei SOL/min Werte, die teilweise über ein 1 mbar und höher liegen. (Dr. Drewnick & et al., 2020) Auch in einer anderen Studie kommt man auf Werte über 2 mbar. (Konda, et al., 2020)

Im freien Markt werden Community-Masken angeboten, die einen Atemwiderstand von 4.7 mbar aufweisen. 3 Damit wird deutlich, dass der Widerstand vieler Materialien von Community-Masken den einer FFP3 Maske überschreitet.

Nun müssen Menschen und insbesondere Kinder Masken tragen, ohne zu wissen, dass der Atemwiderstand eine wichtige Komponente für die gesundheitliche Gefährdung darstellt. Dieser ist bei den meisten Community-Masken nicht bekannt.

Selbst bei Nachfragen auf der Bundespresse-Konferenz (Youtube, 2020) min. 31 sind keine wissenschaftlichen Studien bekannt, die sich mit den Auswirkungen des Maskentragens bei Kindern befassen. Die Größe des Risikos für Kinder und Jugendliche kann aus diesen Gründen noch nicht einmal annähernd eingeschätzt werden. Die Wahrscheinlichkeit eines maßgeblichen gesundheitlichen Risikos ist jedoch deutlich zu erkennen.

Zu 2. Punkt i: Weitere Einflüsse auf die Sicherheit beim Tragen einer MNB

Kinder oder auch Heranwachsende nehmen in der Regel die Masken nur dann ab, wenn sie merken, dass sie kaum Luft bekommen. Eine Ermüdung der Atemmuskulatur bleibt meist unbemerkt. Auch auf Grund des - über soziale Mechanismen ausgeübten - moralischen Drucks, setzen Kinder und Jugendliche die Maske trotz Unwohlseins selten ab.

Es sind viele Fälle bekannt, bei denen Kindern gesagt wurde, dass sie möglicherweise für den Tod von anderen Menschen verantwortlich wären, sollten sie die Maske nicht aufziehen. Einige Lehrer als Autoritätspersonen bestehen auf das Tragen von Masken trotz der Klagen von Kindern über typische Symptome (Kopfschmerzen, Übelkeit u.a.), die eindeutig auf eine Schädigung und Bedrohung durch die behinderte Atmung hinweisen. Sogar im Sportunterricht besteht häufig eine Maskenpflicht für Kinder. Kinder könnten also unter diesem psychischen Druck, der juristisch gesehen eine Nötigung darstellt, etwaige Symptome einer möglichen Hyperkapnie infolge der Maske bewusst oder unbewusst ignorieren.

Lehrer sind von Ihrer Ausbildung her nicht in der Lage zu beurteilen, wann eine C02- Vergiftung besteht und welche Anzeichen das dringende Abnehmen einer Maske erfordern. Dieser Fürsorgepflicht werden sie deshalb gar nicht nachkommen können.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Fazit: Die vorliegenden Daten weisen auf ein sehr wahrscheinliches und unzumutbares Risiko insbesondere für Kinder hin. Man weiß nicht, welche Maskenarten verwendet werden, welche Druckdifferenzen entstehen und/ oder ob Kinder an Vorerkrankungen leiden. Gesundheitliche Schäden sind nicht auszuschliessen.

Kinder tragen die Masken ohne Unterbrechung und sogar länger als Erwachsene es im beruflichen Leben (im Rahmen der arbeitsmedizinischen Regeln und Verordnungen) dürfen! Ein striktes VERBOT für Masken bei Kindern und Jugendlichen ist daher angezeigt, bis ein Unbedenklichkeitsnachweis erbracht wurde.

Zu 2. Punkt j: Stellungnahme des Koordinierungskreises für Biologische Arbeitsstoffe(KOBAS) der DGUV vom 27.5.2020, aktualisierte Fassung 7.10.2020[7]

„Empfehlung zur Tragezeitbegrenzung für Mund-Nase-Bedeckungen (MNB) im Sinne des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel“

Einleitung

Bei nicht einhaltbaren Schutzabständen sind nach SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard und SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel Mund-Nase-Bedeckungen zur Verfügung zu stellen und zu tragen. In der Praxis werden sowohl Mund-Nase-Bedeckungen („Community-Masken“) als auch medizinische Gesichtsmasken („OP-Masken“) getragen. Die DGUV und die gesetzlichen Unfallversicherungsträger wurden auf Probleme hinsichtlich der Tragedauer hingewiesen und um eine entsprechende Empfehlung gebeten.

Diese Empfehlung bezieht sich auf Tragezeiten im Geltungsbereich des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel und ausdrücklich nicht auf andere Bereiche, wie z.B. das Tragen von medizinischen Gesichtsmasken zum Patientenschutz im Gesundheitsdienst.

Empfehlung

Derzeit liegen im Zusammenhang mit dem SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel noch keine Empfehlungen zu Tragezeitbegrenzungen für Mund-Nase-Bedeckungen (MNB) vor.

Die derzeit vorliegenden Erkenntnisse (siehe Erläuterungen) lassen den Schluss zu, dass Mund-Nase-Bedeckungen aus Baumwolle, Leinen oder Seide sowie medizinische Gesichtsmasken ähnliche Atemwiderstände wie partikelfiltrierende Halbmasken mit Ausatemventil aufweisen können.

Es werden daher für Mund-Nase-Bedeckungen („Community-Masken“) und medizinische Gesichtsmasken, wenn sie im Rahmen des SARS-CoV-2-Arbeits-schutzstandards und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel getragen werden, Tragezeitbegrenzungen und Erholungspausen wie für filtrierende Halbmasken mit Ausatemventil nach DGUV Regel 112-190 „Benutzung von Atemschutzgeräten“ empfohlen.

---

[7] Originaldokument: https://www.dropbox.com/s/gtaq3vebfawh01d/tragezeitbegrenzung_kobas_27_05_2020.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Die DGUV-Regel 112-190 empfiehlt für partikelfiltrierende Halbmasken mit Ausatemventil (einschließlich FFP1) bei mittelschwerer Arbeit (Atemminutenvolumen 20 bis 40 l/min.) und fortwährenden Gebrauch eine Tragedauer von zwei Stunden mit einer anschließenden Erholungsdauer von 30 Minuten. Möglich sind dann drei Einsätze pro Arbeitsschicht. Während der Erholungsdauer geht es darum, nicht die Maske zu tragen, es ist keine Arbeitspause gemeint. Tätigkeiten, die ohne Maske durchgeführt werden können, sind weiterhin in der Erholungsdauer möglich.

Fazit: Die Regierung und die verpflichteten Experten im Krisenstab, handeln fahrlässig. Die Empfehlung einen MNS Maske zu tragen um Viren abzuwenden, ist FALSCH! Wird mit einen Vorsatz einer strafbaren Handlung §105 StGB Nötigung, Körperverletzung §83 §84 StGB, §92 StGB Misshandlung von Schutzbefohlenen vorgegangen, muss von der Staatsanwaltschaft aufgrund eines Offizialdelikt Selbständig einschreiten. Das VGH Urteil vom 01.10.2020 hat klar festgestellt, dass Tragen von Masken in der Öffentlichkeit und in geschlossenen Räumen ohne Evidenz und Sinnhaftigkeit, ist gesetzwidrig, somit auch aufgehoben wurde.

Zu 3. Punkt a: Täuschung der Bevölkerung durch Pressekonferenzen.

Aufgrund der Corona Krise wurden enorme Einschnitte in die Freiheitsrechte und dem Grundgesetz mit erpresserische Methoden der Regierung gegenüber der Opposition im Parlament durchgesetzt. Eine neue Gesetzgebung wurde aufgrund der Notlage eingeführt, Block-gesetzgebung, entweder alles Punkte des Vorschlags zustimmen oder man ist der Buhmann vor der Presse. Am 15.03.,2020 wurde in einer Notsitzung des Nationalrat ein Verfassungswidriges Gesetzes Paket beschlossen. Die Opposition wurden in dieser Notgesetzgebung aufgefordert, aufgrund der Pandemie 50 Milliarden Hilfen mit zu beschliessen, doch gleichzeitig wurde Ermächtigungsgesetze verabschiedet um die Entscheidungsgewalt in dieser Notsituation den Gesundheitsministerium zu übertragen.

Auch in diesem Gesetz was zur Abstimmung gelangt ist, wurde gleichzeitig das Epidemie Gesetz abgeändert um vom Rechtsanspruch für Unternehmungen auf Schadenersatz bei Arbeitsverbot, gegen eine Antragstellung für Almosen der Geschädigten zu ersetzen.

So wie dargestellt, wurde ist ein Expertenstab eingerichtet, der öffentlich bis heute nicht im Detail bekannt gegeben wurde. Wer sind diese Experten, welche Expertise haben Sie? Die Entscheidung das man die Experten nicht öffentlich benennt, sollte als Schutz dieser dienen?!.

Bis dahin alles notwendig und eventuell auch nachvollziehbar. Doch dies war nicht die ganze Wahrheit, den bei den nachfolgenden 168 Pressekonferenzen wurde schnell klar, dass massive Fake News von der Regierung verbreitet wurden. Es gab niemals Daten und wurde es auch nicht geben.

1. Vergehen; Bewusstes Angst schüren bei der Bevölkerung um Sie gefügig zu machen. Hier wurde von Ö1 ein Protokoll am 27.04.2020 veröffentlicht, der Sitzung von 12.03.2020 wo Herr Kurz dem Expertenstab angeordnet hat diese Angst Kampagnen

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

durchzuführen. Somit startete auch Herr Kurz seine Kommunikation bei den Pressekonferenzen.

Zitat: Laut den Zahlen werden bis zu 100.000 Menschen sterben, bald wird jeder einen kennen der an Corona gestorben sei![8]

2. Vergehen; Aussage und Anordnung, von Herrn Kurz an den Krisenstab und auch der Infopolitik der Medien ORF, OE24, Krone und Kurier (alle diese Medien haben hochrangige Förderungen erhalten) mehr Särge und schreckliche Bilder zu zeigen, schärfte die Angst Kampagnen im hohen Maße. Auch die Aussage den Menschen Angst zu machen, dass Ihre Grosseltern oder sogar die Mütter sterben könnten, musste in die Verkündungspolitik einfliessen[9].

3. Vergehen; Nun wurde auch ein Bussgeld Katalog erstellt, da man die Bürger ohne nachweislichen Grund eine Ausgangssperre/Ausgangs-beschränkung auferlegt hat. Nun kam Herr Nehammer ins Spiel der bei den Pressekonferenzen die Mitbürger scharf attackierte, die sich nicht an die Ausgangssperre/Ausgangsbeschränkung halten.

Zitat: ….die unbelehrbaren werden bestraft, diese können am Tod der Mitbürger verantwortlich sein"

Es wurden Mütter bestraft weil Sie mit Ihren Kindern auf einer Wiese gespielt haben. Es wurden Warnschüsse auf Passanten abgegeben uvm. Diese Strafen müssen sofort erlassen werden da die Maßnahmen der Regierung stark überzogen und gesetzwidrig waren.[10]

4. Vergehen; Pressekonferenz am 30.03.2020 von Herr Anschoben mit der AGES. Hier wurden von Herrn Anschoben weiter beängstigte Szenarien dargestellt wo er auf die AGES verwiesen hat. Nach seinem Schrecken Szenario kam der Chef der AGES zu Wort, der nun die Zahlen der Pandemie präsentiere, doch die Zahlen war bereist stark abgefallen und die Reproduktion Rfee lag bereits 1,1!!

Somit ist klar das man Experten nicht zu Wort kommen lies, die hätten schon ende März grünes Licht gegeben haben alle Einschränkungen

---

[8] https://www.derstandard.at/story/2000117131591/sitzungsprotokoll-der-taskforce-corona-ueber-zu-wenig-angst-in-der

[9] https://volksblatt.at/corona-krise-bundeskanzler-kurz-stellt-handel-rueckkehr-in-aussicht/

[10] https://orf.at/stories/3157914/
https://www.kleinezeitung.at/international/corona/5802392/CoronaEinsatz_Schuesse-in-die-Luft_Spazier-gaenger-wollen-jetzt-klagen
https://www.oe24.at/oesterreich/chronik/wien/Mutter-schimpft-nach-500-Euro-Strafe-Hier-werden-die-Falschen-bestraft/425567422

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

aufzuheben, ein „lock down“ nicht mehr verhältnismäßig. Doch die Regierung besteht weiter auf den „lock down“ und somit sind diese Handlungen fahrlässig.[11]

Zu 3. Punkt b: Urteile des VGH vom 22.07.2020 und 01.10.2020

Verfassungsgerichtshof: Lockdown-"Nachfolge-Verordnungen" verfassungswidrig! Sogar Maskenpflicht in Öffentliche und geschloßene Räumen ist aufgehoben !!!! Und das nachdem man schon im Juli den Verfassungsgerichtshof alle Abstandsgesetze aufgehoben und auch für Gesetzeswidrig erklärt haben, sind fast alle Corona Ma0nahmen in Österreich hiermit komplett unwiderruflich AUFGEHOBEN und darf nicht mehr darüber gehandelt werden von der Regierung .

Dr. Michael Brunner, Anwälte für Grundrechte (Österreich) mit einer Sensationsmeldung Mit dem heute am 29.10.2020 zugestellten Urteil vom 01.10.2020 hat der österreichische Verfassungsgerichtshof mehrere Maßnahmen des ersten Lockdown (konkret Bestimmungen der "Nachfolge-Verordnungen" (= der sogenannten "Lockerungsverordnung") für verfassungswidrig erklärt. Grund: die Entscheidungsgrundlagen für die "alternativlosen" Maßnahmen waren unzureichend dokumentiert, und nicht nachprüfbar.

Einlass von Besuchergruppen in Gaststätten (maximal vier Erwachsene, wenn kein gemeinsamer Haushalt), das Verbot von Veranstaltungen mit mehr als zehn Personen (welches etwa Diskotheken betraf) und die Maskenpflicht an öffentlichen Orten in geschlossenen Räumen (Amtsräumen etc.). Auch die Frage zum Einsatz von Zivildienern wurde vom obersten Gericht behandelt. Und hat alles aufgehoben. Es gibt keine Rechtsgrundlage mehr für ein Lockdown in Österreich!!!

Gekippt sind nachträglich und rechtskräftig:
1) Betretungsverbot für Gaststätten und selbständige (nicht an eine Tankstelle angeschlossene) Waschstraßen

2) Beschränkungen betreffend den Einlass von Besuchergruppen in Gaststätten (maximal vier Erwachsene, wenn kein gemeinsamer Haushalt)

3) Verbot von Veranstaltungen mit mehr als zehn Personen (welches etwa Diskotheken betraf)

4) Maskenpflicht an öffentlichen Orten in geschlossenen Räumen (Amtsräumen etc.) Der VfGH hob auch eine noch in Geltung stehende Bestimmung der Covid-19-Lockerungsverordnung (nunmehr Covid-19-Maßnahmenverordnung) auf, mit der die verpflichtende Einhaltung eines Mindestabstands zwischen den Verabreichungsplätzen in Gaststätten (§ 6 Abs. 1 und 4) angeordnet wurde, also der Mindestabstand von einem Meter zwischen Tischen.

Bei allen als gesetzwidrig erkannten Bestimmungen war aus den dem VfGH vorgelegten Akten nicht nachvollziehbar, auf Grund welcher tatsächlichen Umstände die zuständige Behörde – der Gesundheitsminister – die jeweilige Maßnahme für erforderlich gehalten hat. Dies verstößt aber

[11] Pressekonferenz https://www.dropbox.com/s/lbznx2et8w6dohx/30.03_PK%20Anschober.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

gegen die gesetzliche Ermächtigung im Covid-19-Maßnahmengesetz bzw. im Epidemiegesetz. Der VfGH folgt damit den Leitentscheidungen vom 14. Juli 2020 als die Abstandsgesetze (Lockdown, Quarantäne, Mindestabstand, etc)[12]

22.07.2020 Entfall von Entschädigungen für Betriebe verstößt nicht gegen Eigentumsgrundrecht und Gleichheitsgrundsatz – VfGH kann auch außer Kraft getretene Maßnahmen kontrollieren

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat am 14. Juli nach zusätzlich angesetzten Beratungen weitere Entscheidungen über Fälle getroffen, die sich gegen Gesetze bzw. Verordnungen im Rahmen der Covid-19-Maßnahmen richten. Die Entscheidungen wurden heute veröffentlicht. Anträge und Beschwerden betreffend Covid-19 treffen seit Ende März laufend am VfGH ein; zwischen dem Einlangen und der Erledigung liegen bisher im Durchschnitt etwa zweieinhalb Monate. Von den rund 70 Fällen, die bis zum Beginn der Beratungen im Juni eingelangt waren, sind nun 19 erledigt.

Die wichtigsten Ergebnisse sind:

Es ist verfassungskonform, dass das Covid-19-Maßnahmengesetz – anders als das Epidemiegesetz 1950 – keine Entschädigungen für Betriebe vorsieht, die als Folge eines Betretungsverbots geschlossen wurden.

Die gesetzliche Grundlage für Betretungsverbote in Bezug auf Betriebsstätten, Arbeitsorte und sonstige bestimmte Orte ist ebenso verfassungskonform.

Das Betretungsverbot für Geschäfte mit einem Kundenbereich von mehr als 400 m2 war verfassungswidrig.

Teilweise verfassungswidrig war auch die Verordnung über das Betretungsverbot für öffentliche Orte.

Einige angefochtene Bestimmungen waren zum Zeitpunkt der Entscheidung des VfGH bereits außer Kraft. In Weiterentwicklung seiner Rechtsprechung stellte der VfGH fest, dass das rechtliche Interesse eines Antragstellers, eine verbindliche Entscheidung über die Gesetzmäßigkeit von Bestimmungen zu erwirken, über den relativ kurzen Zeitraum hinausreichen kann, in dem die Bestimmungen in Kraft waren.[13]

Differenzierung zwischen Bau- und Gartenmärkten und anderen großen Handelsbetrieben in der Covid-19-Maßnahmenverordnung verstößt gegen das Gesetz

Nach §1 Covid-19-Maßnahmengesetz kann der zuständige Bundesminister durch Verordnung (auch) das Betreten von Betriebsstätten oder von bestimmten Betriebsstätten zum Zweck des

[12] Weitere Veröffentlichungen in den Medien https://www.meinbezirk.at/c-politik/diese-Covid-19-massnahmen-im-lockdown-waren-gesetzeswidrig_a4322953?fbclid=IwAR0lZUrdNeu8U24LTWn1_MmDWZE1NShl7WkbID8pVKk48k5bP5yT-kgsi64

[13] Urteil Veröffentlichung https://www.vfgh.gv.at/medien/Covid_Entschaedigungen_Betretungsverbot.de.php?fbclid=IwAR1-uXj12OBAcmQRoC7cUihtnv8gjMH0uMpuQlnta9zZqLGkjbSkB1cF82A

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Erwerbs von Waren und Dienstleistungen untersagen, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von Covid-19 erforderlich ist.

Gestützt auf § 1 Covid-19-Maßnahmengesetz wurde mit Verordnung des Gesundheitsministers BGBl. II 96/2020 unter anderem das Betreten des Kundenbereichs von Betriebsstätten des Handels untersagt (§ 1). Dieses Betretungsverbot bedeutet im Ergebnis, dass die betroffenen Betriebsstätten geschlossen werden mussten. Ausgenommen von diesem Verbot waren zunächst lediglich sogenannte systemrelevante Betriebe wie öffentliche Apotheken, der Lebensmittelhandel oder Tankstellen (§ 2).

Mit 14. April 2020 wurden weitere Betriebsstätten des Handels ausgenommen, so etwa Bau- und Gartenmärkte. Sonstige Geschäfte durften aber nur betreten werden, wenn der Kundenbereich im Inneren 400 m2 nicht übersteigt (§ 2 Abs. 4 idF BGBl. II 151/2020). Mit 30. April 2020 trat diese Regelung außer Kraft.

Mehrere Handelsunternehmen, darunter ein Grazer Unternehmen, das an 49 Standorten in Österreich tätig ist und vor allem mit Schuhen handelt, hatten beantragt, diese Beschränkung aufzuheben.

In Weiterentwicklung seiner Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Individualanträgen stellte der VfGH fest, dass der zugrunde liegende (Individual-)Antrag zulässig ist, obwohl die angefochtenen Bestimmungen zum Zeitpunkt seiner Entscheidung bereits außer Kraft waren. Das rechtliche Interesse des Antragstellers, eine verbindliche Entscheidung über die Gesetzmäßigkeit dieser Bestimmungen zu erwirken, reicht nämlich über den relativ kurzen Zeitraum hinaus, in dem die angefochtenen Bestimmungen in Kraft gestanden sind.

Der VfGH hat aus dem Blickwinkel des verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebotes für Gesetze keine verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die gesetzliche Verordnungsermächtigung des § 1 Covid-19-Maßnahmengesetz.

Wörtlich führt der VfGH aus:
„Aus dem Regelungszusammenhang insbesondere mit § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz geht die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzgebers hervor, durch Betretungsverbote für Betriebsstätten die persönlichen Kontakte von Menschen einzudämmen, die damit verbunden sind, wenn Menschen die Betriebsstätten zum Zweck des Erwerbs von Waren und Dienstleistungen aufsuchen. Damit gibt das Gesetz den Zweck der Betretungsverbote konkret vor. Weiters ordnet das Gesetz an, dass der Verordnungsgeber diese Betretungsverbote im Hinblick auf den Zweck der Maßnahme nach Art und Ausmaß differenziert auszugestalten hat, je nachdem, inwieweit er es in einer Gesamtabwägung zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 für erforderlich hält, das Betreten von Betriebsstätten oder nur von bestimmten Betriebsstätten zu untersagen, oder deren Betreten unter bestimmte Voraussetzungen oder Auflagen zu stellen. Damit überträgt der Gesetzgeber dem BMSGPK [Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] einen Einschätzungs- und Prognosespielraum, ob und wieweit er zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 auch erhebliche Grundrechtsbeschränkungen für erforderlich hält, womit der Verordnungsgeber seine Entscheidung als Ergebnis einer Abwägung mit den einschlägigen grundrechtlich geschützten Interessen der betroffenen Unternehmen, ihrer Arbeitnehmer und Kunden zu treffen hat.“

Hingegen befindet der VfGH Teile des § 2 Abs. 4 (insbesondere die Voraussetzung „wenn der Kundenbereich im Inneren maximal 400 m2 beträgt“) der Verordnung des Gesundheitsministers,

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

wie sie von 14. April 2020 bis 30. April 2020 gegolten hat, für gesetzwidrig, und zwar aus folgenden Gründen: Der – in diesem Fall zuständige – Gesundheitsminister muss zum einen nachvollziehbar machen, auf Basis welcher Informationen er die Verordnungsentscheidung und die gesetzlich vorgegebene Abwägung zwischen dem öffentlichen Interesse und den grundrechtlich geschützten Interessen der Betroffenen getroffen hat. Aus dem Verordnungsakt ist aber nicht ersichtlich, welche Umstände im Hinblick auf welche Entwicklungen von Covid-19 den Gesundheitsminister bei seiner Entscheidung geleitet haben. Eine entsprechende Dokumentation ist jedoch ausschlaggebend dafür, dass der VfGH beurteilen kann, ob die Verordnung den gesetzlichen Vorgaben entspricht.

Die angefochtene Regelung bedeutete zum anderen eine Ungleichbehandlung von Geschäften mit mehr als 400 m2 gegenüber vergleichbaren Betriebsstätten, insbesondere von Bau- und Gartenmärkten. Diese waren ohne Rücksicht auf die Größe ihres Kundenbereiches vom Betretungsverbot ausgenommen. Eine sachliche Rechtfertigung für diese Ungleichbehandlung ist für den VfGH nicht erkennbar.

Wörtlich heißt es in der Entscheidung des VfGH:

„Auch wenn es grundsätzlich, worauf der BMSGPK [Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] in seiner Äußerung hinweist, im Zuge einer schrittweisen Lockerung angesichts einer bestimmten Entwicklung der Verbreitung von COVID 19 mit § 1 Covid-19-Maßnahmengesetz durchaus vereinbar sein mag, Betriebsstätten des Handels, deren Kundenbereich im Inneren über 400 m² beträgt, deswegen, anders als solche Betriebsstätten mit einem Kundenbereich unter 400 m², (noch) nicht vom Betretungsverbot auszunehmen, weil es auch auf das Verkehrsaufkommen durch Menschen ankommt, die derartige Betriebsstätten aufsuchen, so besteht doch keine sachliche Rechtfertigung dafür, diesen Aspekt für in dieser Hinsicht vergleichbare Betriebsstätten insbesondere von Bau- und Gartenmärkten außer Acht zu lassen und diese damit anders zu behandeln. [...]

Der Verfassungsgerichtshof vermag auch nicht zu erkennen, dass etwa Gartenmärkte für Verrichtungen des täglichen Lebens eine vergleichbare Bedeutung hätten, wie sie, worauf der BMSGPK verweist, die in § 2 Abs. 1 Z 9 der Verordnung genannten Bereiche des Verkaufs und der Wartung von Sicherheits- und Notfallprodukten haben. Schließlich sind auch keine Umstände ersichtlich, dass für die in § 2 Abs. 1 Z 22 der Verordnung genannten Bau- und Gartenmärkte allenfalls angeordnete Betretungsbeschränkungen zur Sicherstellung eines Abstandsgebotes, wie sie § 2 Abs. 6 der Verordnung vorsieht, in der Bevölkerung geradezu den gegenteiligen Effekt eines Kundenandranges auslösen würden.“

Da die Vorschrift mit Ablauf des 30. April 2020 außer Kraft getreten ist, hatte sich der VfGH auf die Feststellung zu beschränken, dass diese Vorschrift gesetzwidrig war. Der VfGH sprach auch aus, dass die Vorschrift nicht mehr anzuwenden ist.
(V 411/2020)

Keine gesetzliche Grundlage für allgemeines Betretungsverbot von öffentlichen Orten:

§2 Covid-19-Maßnahmengesetz sieht vor, dass beim Auftreten von Covid-19 durch Verordnung das Betreten von bestimmten Orten untersagt werden kann, „soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von Covid-19 erforderlich ist“. Darüber hinaus kann geregelt werden, unter welchen bestimmten Voraussetzungen oder Auflagen jene bestimmten Orte betreten werden dürfen.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Auf Grund des § 2 Covid-19-Maßnahmengesetz erging die Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz BGBl. II 98/2020, mit der das Betreten öffentlicher Orte allgemein für verboten erklärt wurde (§ 1). § 2 dieser Verordnung enthielt mehrere Ausnahmen von diesem Verbot: etwa das Betreten öffentlicher Orte im Freien alleine, mit Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, oder mit Haustieren, wobei zu anderen Personen ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten war (Z 5).

Gegen die Verordnung hatte ein Universitätsassistent einer Wiener Universität mit Wohnsitz in Niederösterreich einen (Individual-)Antrag nach Art. 139 B-VG eingebracht. Die Verordnung trat mit 30. April 2020 außer Kraft. Auch in diesem Fall ging der VfGH von der Zulässigkeit des Antrags aus.

Gegen § 2 Covid-19-Maßnahmengesetzes bestehen, so der VfGH, keine verfassungsrechtlichen Bedenken, weil er eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage für allfällige – durch Verordnung zu erlassende – Betretungsverbote bietet und damit dem verfassungsrechtlichen Legalitätsprinzip entspricht. Die Entscheidung, ob bzw. welche Maßnahmen per Verordnung gegen Covid-19 getroffen werden, überträgt das Gesetz zwar an die zuständigen Behörden. Bei dieser Entscheidung sind die Behörden jedoch an die Grundrechte gebunden, insbesondere an das Recht auf persönliche Freizügigkeit. Einschränkungen dieses Rechtes sind nur dann zulässig, wenn sie einem legitimen öffentlichen Interesse (wie dem Gesundheitsschutz) dienen und verhältnismäßig sind.

Der VfGH hat entschieden, dass die Bestimmungen der §§ 1, 2, 4 und 6 der Verordnung gesetzwidrig waren, weil die Grenzen überschritten wurden, die dem zuständigen Bundesminister durch § 2 Covid-19-Maßnahmengesetz gesetzt sind. Mit der Verordnung wurde nicht bloß das Betreten bestimmter, eingeschränkter Orte untersagt. Die Ausnahmen in § 2 der Verordnung ändern nichts daran, dass § 1 der Verordnung „der Sache nach als Grundsatz von einem allgemeinen Augangsverbot ausgeht." Ein derart umfassendes Verbot ist aber vom Covid-19-Maßnahmengesetz nicht gedeckt. Dieses Gesetz bietet keine Grundlage dafür, eine Verpflichtung zu schaffen, an einem bestimmten Ort, insbesondere in der eigenen Wohnung, zu bleiben.

In der Entscheidung des VfGH heißt es dazu:

„Der Verordnungsgeber kann dabei die Orte, deren Betreten er zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 untersagt, konkret oder abstrakt umschreiben, er kann für Außenstehende auch, wie die Erläuterungen deutlich machen, das Betreten regional begrenzter Gebiete wie Ortsgebiete oder Gemeinden untersagen; es ist ihm aber verwehrt, durch ein allgemein gehaltenes Betretungsverbot des öffentlichen Raumes außerhalb der eigenen Wohnung (im weiten Sinn des Art. 8 EMRK) ein – wenn auch entsprechend der räumlichen Ausdehnung der Verordnung gemäß § 2 Z 2 oder 3 COVID-19-Maßnahmengesetz regional begrenztes – Ausgangsverbot schlechthin anzuordnen. Damit ist die gesetzliche Ermächtigung des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz dahingehend begrenzt, dass das Betreten von bestimmten Orten untersagt werden darf, nicht aber, dass Menschen auf Grundlage des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz dazu verhalten werden können, an einem bestimmten Ort, insbesondere auch in ihrer Wohnung, zu verbleiben."

Und weiter:
„Zwar hat der Verordnungsgeber in § 2 COVID-19-Maßnahmenverordnung-98 einzelne Ausnahmen von diesem allgemeinen Betretungsverbot vorgesehen. Diese, insbesondere auch die zwar nicht auf einen bestimmten Zweck abstellende, aber dennoch auf bestimmte Konstellationen begrenzte Ausnahme des § 2 Z 5 COVID-19-Maßnahmenverordnung-98, ändern nichts daran, dass

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

§ 1 der Verordnung ein allgemeines Betretungsverbot öffentlicher Orte vorsieht und damit – entgegen der gesetzlichen Vorgabe des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz – nicht das Betreten bestimmter, eingeschränkter Orte untersagt, sondern durch ein Betretungsverbot für alle öffentlichen Orte der Sache nach als Grundsatz von einem allgemeinen Ausgangsverbot ausgeht.

Wenn § 2 Covid-19-Maßnahmengesetz im Rahmen grundsätzlich bestehender Freizügigkeit aber nur Betretungsverbote für bestimmte Orte (mögen sie abstrakt, etwa durch ihren Verwendungszweck, oder örtlich umschrieben sein, siehe IA 396/A 27. GP, 11) vorsieht, dann ermächtigt das Gesetz gerade nicht zu einem allgemeinen gesetzlichen Verbot mit Erlaubnistatbeständen.

Damit ist nicht gesagt, dass bei Vorliegen besonderer Umstände unter entsprechenden zeitlichen, persönlichen und sachlichen Einschränkungen nicht auch ein Ausgangsverbot gerechtfertigt sein kann, wenn sich eine solche Maßnahme angesichts ihrer besonderen Eingriffsintensität als verhältnismäßig erweisen kann. Jedenfalls bedarf eine dermaßen weitreichende, weil dieses Recht im Grundsatz aufhebende Einschränkung der Freizügigkeit aber einer konkreten und entsprechend näher bestimmten Grundlage im Gesetz.

Da die angefochtenen Bestimmungen bereits mit Ablauf des 30. April 2020 außer Kraft getreten sind, hat der VfGH ausgesprochen, dass diese Bestimmungen gesetzwidrig waren. Er hat auch ausgesprochen, dass diese Bestimmungen (etwa in einem laufenden Verwaltungsstrafverfahren) nicht mehr anzuwenden sind.
(V 363/2020)

Urteil 01.10.2020 — Covid-19: Mehrere – vor allem frühere – Maßnahmen gesetzwidrig, da Entscheidungsgrundlagen unzureichend dokumentiert:[14]

Der VfGH hat festgestellt, dass eine Reihe von Covid-19-Maßnahmen gesetzwidrig waren, die im Frühjahr 2020 gegolten haben. Gesetzwidrig waren konkret das Betretungsverbot für Gaststätten und selbständige (nicht an eine Tankstelle angeschlossene) Waschstraßen, Beschränkungen betreffend den Einlass von Besuchergruppen in Gaststätten (maximal vier Erwachsene, wenn kein gemeinsamer Haushalt), das Verbot von Veranstaltungen mit mehr als zehn Personen (welches etwa Diskotheken betraf) und die Maskenpflicht an öffentlichen Orten in geschlossenen Räumen (Amtsräumen etc.).

Der VfGH hob auch eine noch in Geltung stehende Bestimmung der Covid-19-Lockerungsverordnung (nunmehr Covid-19-Maßnahmenverordnung) auf, mit der die verpflichtende Einhaltung eines Mindestabstands zwischen den Verabreichungsplätzen in Gaststätten (§ 6 Abs. 1 und 4) angeordnet wurde, also der Mindestabstand von einem Meter zwischen Tischen. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2020 in Kraft.

Bei allen als gesetzwidrig erkannten Bestimmungen war aus den dem VfGH vorgelegten Akten nicht nachvollziehbar, auf Grund welcher tatsächlichen Umstände die zuständige Behörde – der Gesundheitsminister – die jeweilige Maßnahme für erforderlich gehalten hat. Dies verstößt aber gegen die gesetzliche Ermächtigung im Covid-19-Maßnahmengesetz bzw. im Epidemiegesetz. Der VfGH folgt damit den Leitentscheidungen vom 14. Juli 2020 (siehe hier).
(V 392/2020, V 405/2020, V 428/2020, V 429/2020, G 271/2020, G 272/2020)

[14] Urteil 01.10.2020 https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_271_2020__V_463-467_2020_vom_1._Oktober_20.pdf

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Fazit: Es wurden der Regierung insbesondere allen Abgeordnete drei Mails auf die offizielle Parlaments E-Mail-Adressen gesendet, um einen Amtsmissbrauch darzulegen. Auch in einem offenen Brief an den Bundespräsidenten sind die Verfassungsbrüche dargelegt worden. Somit wird, da nur mäßige Rückmeldung erfolgten, davon auszugehen sein, dass der strafrechtliche Verstoss §302 StGB zur Anwendung gebracht werden muss.

Zu 3. Punkt c: 3 Mails an die Abgeordneten des Nationalrats

Mail 1 vom 17.11.2020:
Sehr geehrte Abgeordnete,

wir wenden uns heute an Sie, um unseren Auftrag an den Bundespräsidenten gerichtet auch an Sie zu erteilen. Es ist unsere Verfassung, Gesetzgebung und Demokratie ist in Gefahr. Sie als Abgeordnete werden nun aufgerufen die Verfassungsbrüche nicht mehr zu tolerieren, sowie eine normale Arbeit, ohne 100% Covid Propaganda, wieder aufzunehmen.

Sie sind vom Österreichischen Volk als gewählter Vertreter der Bürger ins Parlament entsendet worden, somit ist Ihre Aufgabe, die Steuerung, Kontrolle und die Gewaltenteilung im Auge zu behalten.

Mit den Brief an den Bundespräsidenten, geben wir Ihnen nun auch die Möglichkeit unserer Aufforderung nachzukommen.

Unser Aufruf, der Auftrag Ihres Volkes an Sie zu handeln wird öffentlich gemacht.

Hochachtungsvoll
Konstantin Haslauer
Organisator

Die Bürger, die Steuerzahler,
Das Volk Österreich

Mail 2 vom 23.11.2020:

Sehr geehrte Abgeordnete,

nun letzte Woche war für Sie sehr intensiv, aber auch nicht effizient, da Herr Blümel wieder beim Budget versagt hat. Doch ein viel wichtigerer Punkt ist es, dass 22 Milliarden Defizit im Budget zu begrenzen.

Darum fordern wir Sie nochmalig auf, alle Massnahmen „lockdown & Co“ sofort aufzuheben, da Ihr mittragen diesen Verordnungen auch strafrechtlich verfolgt werden kann. Ob die Regierung einlenkt oder nicht, liegt nur beim Parlament und nur Sie können auch diese "Fake Pandemie“ sofort abstellen.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Hier die Fakten zum PCR Test, der kein Infektionen feststellen kann!

Berliner Zeitung „Senat gibt zu PCR kann keine Infektionen feststellen“
https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-oppositionspolitiker-bezweifelt-sinn-von-pcr-tests-li.117128

Gericht in Portugal "PCR Test kann keine Infektionen feststellen Quarantäne aufgehoben“
https://tkp.at/2020/11/17/portugiesisches-berufungsgericht-haelt-pcr-tests-fuer-unzuverlaessig-und-hebt-quarantaene-auf/?fbclid=IwAR0NxgvPkRPv8Gqrn9eL-FnHEnSalifb0amZR50qZyy-LUr87e721h6RnpMs

Letzte Landtagssitzung in Sachsen „AFD Bringt Beweise vor PCR Panik“
https://youtu.be/79vklheH7Xs

Unterlassungsklage:
https://www.dropbox.com/s/ila8ddhv1e3te3l/Unterlassungsklage_Anschober_Hacker_L-G_Wien_Anlagen.pdf?dl=0

Epidemie Gesetz §5 Absatz 1
Im Epidemiegesetz (EpiG) von 1950 ist vorgeschrieben das eine Infektion nur von einen Arzt diagnostiziert werden kann. Im §5 Absatz 1 wird der genaue Ablauf zur Ermittlung einer Infektion darstellt. Ohne einer ärztlichen Untersuchung und unter Berücksichtigung von Labor Tests (inkl. Ausschlussverfahren und Differenzialdiagnose zu anderen Krankheiten z.B. naheverwandte Corona Stämme und Influenza) wird eine Befundung vom Arzt diagnostiziert.

Sollten Sie wieder erwarten, keine Rückantwort mit Lösungen z.B. persönliches Gespräch, Einleitung einer Gegenmassnahmen vorschlagen, werden rechtliche Schritte nicht mehr ausgeschlossen. Bislang wurde bereits eine Unterlassungsklage gegen Herrn Anschober und Herrn Hacker in Wien eingebracht.

Unser Aufruf, der Auftrag Ihres Volkes an Sie zu handeln wird öffentlich gemacht.

Hochachtungsvoll
Konstantin Haslauer
Organisator

Die Bürger, die Steuerzahler,
Das Volk Österreich

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Mail 3 vom 02.12.2020

Sehr geehrte Abgeordnete,

wie bereits 2 mal an Sie berichtet, wurde Ihrerseits den Bürger „u.a. Konstantin Haslauer“ keine qualifizierte Rückantwort gegeben. Somit kann man davon ausgehen, dass Sie bei der Vielzahl von Gesetzes Verstöße od. Amtsmissbrauch, Kenntnis haben und auch mitwirken.

Wir habe Ihnen dargelegt, dass die Regierung einen Verfassungsbruch mit Unterstützung des Bundespräsidenten gemacht hat, sowie bei einen gewerbsmäßigen Betrug mit Steuergelder initiiert hat.

Hier zu die strafrechtliche Verstöße, laut §302 StGB Amtsmissbrauch, der Regierung:

- Ausrufen einer Pandemie über die Empfehlung der WHO, ohne Prüfung
- Übertragung einer Ermächtigung auf den Gesundheitsminister wegen einer Gesundheitskrise ohne Grundlage
- Aussetzung den Schadenersatzanspruch für Unternehmer im Epidemie Fall, Epidemiegesetz aus 1954
- Lockdown 1, ohne Transparenz und Datenlage (VGH Urteil 22.07. und 01.10.2020 bereits bestätigt)
- Wirtschaftshilfen als Almosen und nicht als Schadenersatz
- Einsetzen eines PCR Test als Diagnoseinstrument, was nicht zulässig ist
- Bezahlte Medien Kampagnen, mit gezielten Falschinformationen, Presserat ist informiert
- Lockdown 2 trotz bekannten Studie, das nur eine Grippewelle ist (WHO Studie)
- Massentest und Impfungen ohne rechtliche Grundlagen durch die Beschaffungsagentur bestellt
- Ignorieren der WHO bestätigte Studie, Corona gleichzusetzen einer Influenza, dadurch sofortiges einstellen der Maßnahmen
- Zwangsimpfungen durch die Hintertür Interviewer Herr Kurz von 01.12.2020

Hier zu strafrechtliche Verstösse laut §302 StGB Amtsmissbrauch der Abgeordneten durch mitwirken bei einer Straftat:

- Zustimmung von gesetzwidrige Gesetze, durch Prüfung des Abstimmungsverhalten
- Mittäterschaft bei §302 Amtsmissbrauch, wissentlich mittragen von Gesetzen und Anordnungen der Minister, durch zustimmen oder enthalten.
- Keine Gesprächsbereitschaft mit Bürger, als verpflichtende Kommunikation

Ich erlaube mir, Sie aufzufordern uns die Möglichkeit einer aussergerichtlichen Kommunikation zu geben, oder sofortigen Einstellung der Maßnahmen, da wir ansonsten Strafanzeige mit 200 Seiten Antrag und Beweise, bei der Wirtschafts- und Korruption Staatsanwaltschaft Wien zu stellen.

Unser Aufruf, der Auftrag Ihres Volkes an Sie zu handeln wird öffentlich gemacht.

Hochachtungsvoll
Konstantin Haslauer
Organisator

Die Bürger, die Steuerzahler, Das Volk Österreich

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 3. Punkt e: Offener Brief an den Bundespräsidenten[15]

An den
Bundespräsident Van der Bellen
Hofburg
A - 1010 Wien

Offener Brief eines Staatsbürger Österreich
Offener Brief der Staatsbürger Österreichs

Sehr geehrter Herr Van der Bellen,

Ich wende mich heute aus großem Respekt aber auch mit tiefster Verwunderung an Sie. Als Präsident unserer wunderbaren Nation ist es Ihre Aufgabe, als letzte Instanz dafür Sorge zu tragen, dass unsere Verfassung zu jeder Zeit eingehalten wird, von den einzelnen politischen Parteien und im Sinne der österreichischen Mitbürger.

Es ist Ihre Verantwortung mit kritischen und vernünftigen Augen auf Entscheidungen von Handelsträgern zu blicken. Diese Entscheidungen im gegebenen Fall zu Hinterfragen sowie Belege für deren Machbarkeit und Wahrhaftigkeit einzufordern. Sie Herr Bundespräsident sind die schützende Hand die über uns Bürgern liegt (liegen sollte). Am Ende fallen alle durch Ihre Regierung getroffenen Entscheidungen auf Sie zurück. Die Guten sowie die Schlechten.

In meinem Schreiben an Sie möchte ich vor allem meine Bedenken dahin gehend äussern, dass es zu Brüchen unserer Verfassung kam die schlechtweg „unter den Teppich gekehrt" wurden. Natürlich kann man auch von „biegen" „dehnen" oder „auslegen" sprechen, doch wollen wir im menschlichen Jargon bleiben und nicht in den politischen verfallen.

Der Punkt ist jedoch, dass Entscheidungen getroffen wurden die eigentlich Ihren Mitbürgern gebührten, sei es seitens einer Volksabstimmung oder Wahl, welche jedoch nicht durch selbige getroffen wurden bzw. es keine demokratische Abstimmung diesbezüglich gab.

Bevor wir nun beginnen möchte ich klar festhalten, dass ich niemanden mit meinem Schreiben angreifen möchte, keine Unterstellungen in den Raum stelle oder schlicht weg mit dem Finger auf jemanden zeigen möchte. Doch solange wir in Österreich zumindest noch den Anschein einer Meinungsfreiheit wahren, solange wir noch frei unsere Meinung äussern dürfen, werde(n) ich (wir) und die Menschen welche sich mir angeschlossen haben, dies auch tun. Ich stehe hier nicht alleine Hr. Van der Bellen, sondern diene lediglich als Sprachrohr für viele Ihrer Mitbürger.

2017 wurden Sie nach einer, wenn man es so ausdrücken möchte, ereignisreichen Wahl demokratisch in Ihr Amt gewählt. Ihre Ansprache widmeten Sie der „Eleganz" unserer Verfassung, der Wichtigkeit von Demokratie und unserem Parlament. In Ihrer Ansprache konnte kein Hauch einer parteilichen Zugehörigkeit wahrgenommen werden. Eine neutrale, respektvolle Ansprache wie man Sie von einem Bundespräsidenten erwarten und erhofft.

---

[15] Original Dokument https://www.dropbox.com/s/tm16w1uh94ocqqi/Schreiben%20an%20den%20Bundespr%C3%A4sitent.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Sie haben vermittelt, dass man sich auf Sie als unser Oberhaupt verlassen kann und man Ihnen als Bürger das Vertrauen kann.

Ich möchte nun etwas „nach Vorne" springen und zwar zur den Nationalratswahlen 2017. Wahlen die demokratisch von den Mitbürgern Österreichs getroffen wurden. Wahlen die dem Wunsch Ihres Volkes entsprachen. Eine Demokratie.

Doch durfte man hier eines Besseren belehrt werden. Der allgemeine Missmut über die Koalitionsentscheidung konnte bei der Angelobung der durch das Volk gewählten Türkis-Blaue (en) Regierung nicht verborgen werden. Die neue, demokratisch gewählte Regierung hat wenig später mit ungewöhnlicher Geschwindigkeit die Umsetzung des Regierungsprogramms vorangetrieben.

Kurze Zeit später wurde seitens der Opposition der FPÖ „Schlampigkeit" und „Rechtsbruch" und noch so einiges Vorgeworfen bis es schließlich zur Veröffentlichung des „IBIZA" Videos kam. Ein Skandal und eine Beleidigung für jeden österreichischen Wähler. Ohne Frage hat Hr. Strache sich nicht politisch korrekt verhalten und grob das Vertrauen der österreichischen Bürger missbraucht. Ohne Zweifel war es notwendig und richtig Ihn seines Amtes zu entheben.

Doch dann passierte etwas was es in der Geschichte unserer Demokratie in dieser Form noch nicht gegeben hat. Eine demokratisch gewählte Regierung wurde gekippt. Neuwahlen wurden ausgerufen. Neuwahlen wurden von Ihnen Hr. Bundespräsident für gut empfunden. Neuwahlen für die es keinen rechtlichen Grund gibt ausser eine persönlich, dem eigene Nutzen zuzuschreibende Agenda.

Was Hr. Bundespräsident ist Ihre Stellungnahme hierzu? In Hintergrundgesprächen zwischen Hr. Kurz und Ihnen wurden Neuwahlen beschlossen wäre doch ein Tausch der Parteiführung und der Ausschluss von Hr. Strache völlig ausreichend und rechtlich gewesen. Basierend auf den momentanen Vorkommnissen in Österreich wird das Bild, warum Neuwahlen notwendig waren, natürlich klarer. Der Eindruck drängt sich auf als hätte Hr.Kurz bereits zu Beginn der Koalition gewusst, dass diese nicht bis zum offiziellen Ende der Amtszeit bestehen bleibt. Dies an dieser Stelle ist nur mein persönlicher Gedanke und spiegelt nicht die allgemeine Meinung meiner Mitstreiter wider.

Im nächsten Schritt wurde eine Übergangsregierung, nach Absprache zwischen Ihnen und Hr. Kurz ins Leben gerufen welche gänzlich aus ÖVP Funktionären bestand. Ein unnotwendiger Schritt welcher unsere Verfassung und Demokratie mit Füssen getreten hat.

Bis heute haben Sie Hr. Bundespräsident noch keine rechtliche Grundlage für die Entscheidung zu Neuwahlen präsentieren können. Eine Schande für jeden Österreicher welcher einst für dieses Land gekämpft hat und auch für jene die Tag täglich Ihr Bestes geben um unsere Nation zu erhalten.

Sie Hr. Van der Bellen haben es zugelassen, dass federführend durch ein deutsches Boulevard Medium in die österreichische Politik und Verfassung eingegriffen wurde. Sie haben gemeinsam mit Hr. Kurz beschlossen sich dem äusseren Druck hinzugeben anstatt Recht für Ihr eigenes Land zu sprechen. Ein Misstrauensantrag gegen die gesamte Regierung wurde eingebracht, basierend auf nichts ausser den Aussagen eines in Schande gefallenen Politikers in einem quasi Urlaubsvideo. Noch immer fehlt mir das Verständnis wie Sie es schaffen konnten diesen Weg rechtlich zu stützen.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Mit dem Beginn der beinahe endlosen Koalitionsverhandlungen mit den österreichischen Grünen 2018, entgegen der Wahl der Bürger hin zu einer mehr wirtschaftlich orientierten Regierung, dürfen wir uns nun mit einer ideologischen Partnerschaft zufrieden gebe. Diese Option wurde in der Regierung wohlwollend angenommen und die Grünen Minister wurden von Ihnen angelobt. Die Frage der politischen Kompetenz wurde nicht gestellt. Hr. Kogler wurde, ohne die geringste Qualifikation, in ein Amt berufen in welchem er für das Wohlbefinden Ihrer Mitbürger verantwortlich ist.

Die österreichischen Grünen waren für mich immer eine Partei mit hohen moralischen Vorstellungen, eines positiv ideologischen Denkens. Eine Partei die über den Tellerrand blickt und sich für das einsetzt, was wichtig ist. Sicherlich mit einer der Gründe warum die bis dato keinen „Erdrutschsieg" bei Wahlen verzeichnen konnten.

Hr. Van der Bellen, was ist geschehen? Es wirkt fast so als werde diese neugewonnene „Partnerschaft" durch die Vorstellungen der regierenden Partei gelenkt. Man beachte nur für was und wo gegen Ihre Partei gestimmt hat seit sie als Partner von Hr. Kurz agieren dürfen. Ich kann nicht glauben, dass man die grüne Ideologie für Transparenz und Wahrheit einzustehen, innerhalb weniger Wochen über Board geworfen hat.

Aus Ihrer Ansprache zu Lage der Nation „Übergangsregierung" darf ich zitieren „Unsere Verfassung hat die notwendige Eleganz und Schönheit um diese Krise zu meistern". Das stimmte wohl, doch die wohlwollenden Worte aus Ihren Munde folgte eine Vernichtung der Grundrechte.

Die Blockade des Untersuchungsausschuss, klare Gehilfen der Türkisen gegen Anträge der Opposition, Verfassungswidrigen Verordnungen welche nun bereits 2 mal durch den Verfassungsgerichtshof aufgehoben wurden, sowie die EU Verschuldungspolitik wären niemals möglich gewesen hätten sich die österreichischen Grünen noch in Opposition befunden. Nun, als längerer Arm der Türkisen Machthaber ist dies leider nicht mehr zu erwarten.

Wo bleibt Ihre Stimme in dem Ganzen? Wer wenn nicht Sie kann ein prüfendes Auge auf die momentane Situation in Österreich werfen? Wo sind Sie Hr. Präsident? Ihr Schwiegen und das Hinnehmen des Bruches unserer Verfassung macht Sie zum Mittäter in einem fast schon totalitären System. Sie müssen nun agiert. Denn am Ende sind Sie es der national und international Rechenschaft ablegen wird.

Sie als Hüter der österreichischen Verfassung, gewählt aus dem Vertrauen Ihres Volkes heraus, haben in den letzten Monaten Änderungen von Gesetzen und Ermächtigungsgesetzten zustimmt für die es keine verfassungsrechtliche Grundlage gibt und die gegen die Grundrechte von uns Österreichern verstoßen.

Sie sehen dabei zu wie in Parlamentssitzungen beinahe gänzlich alle Anträge der Opposition vom Tisch gewischt werden. Auch die militärischen Züge des Parlamentsvorsitzenden Herr Sobotka und die entsprechende Missachtung des Parlaments wird von ihnen geduldet. Ein beschämender und trauriger Moment in der Geschichte von Österreichs. Der gewählte, mit der Verantwortung für das Land betraute Bundespräsident unterstütz rechtswidrige Vorgänge in dem er diese billigt und sich nicht zu Wort meldet.

Den apathischen Höhepunkt haben jedoch noch nicht erreicht. Sie haben im Jahr 2020 den kompletten Zusammenfall der österreichischen Wirtschaft billigend hingenommen. Die „COVID Krise" wurde in keinem Moment von einer fundierten wissenschaftliche Seite her gehandhabt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Es wurde eine Pandemie ausgerufen und im selben Atemzug das bestehende Epidemie Gesetz geändert. Es wurde ohne Grundlage in die Gesetzgebung, welche den betroffenen Unternehmen eine Absicherung in Krisenzeiten zusichert, eingegriffen zum Nachteil der österreichischen Bevölkerung.

Durch die WHO wurde bereits mehrmals Kommuniziert und auch wurde eine entsprechende Studie von Prof. John P A Ioannidis durch selbige veröffentlicht in welcher gewisse, nicht weg zu ignorierende Fakten das Virus betreffen klar dargelegt werden. Die WHO sowie das Robert Koch Institut sind weltweit die führenden Institute wenn es Fragen zur Gesundheit geht. Beide Institute haben Ihre Stellungnahme bereits veröffentlicht. Warum werden diese Fakten von unserer, Ihrer Regierung ignoriert?

Die durch Hr. Anschober erlassene CoVid Verordnungen vom 22.07.2020 und 01.10.2020 wurden bereits durch den VGH gekippt bzw. wurde klargestellt, dass diese Verfassungs- und Gesetzes widrig sind da (noch) keine Evidenz basierenden Daten den Verordnungen zugrunde liegen.

Nun stehen wir wieder in einem „Lock Down“ basierend auf „positiven“ Testergebnissen welche weder standardisiert sind noch zwischen Träger, Infektiös und Erkrankt unterscheiden. Den PCR betreffend gibt es bereits etliche Klagen national und international welche die Auswertung des Selbigen anzweifeln.

Es wurde bereits von verschiedenen renommieren Instituten und Medizinern kommuniziert, dass dieser Test ausreichend bei reinen Labortestungen und als Vorstufe für weitere ärztliche Untersuchungen ist, jedoch nicht zur Erkennung von Infektionen dienen kann bzw. keine Sichere Auswertungsmöglichkeit für weiteres vorliegt.

> Als kleine Anekdote am Rande. Ich habe besagten Test 2 Mal gemacht. Zuerst kam ein Sanitäter zu mir nach Hause. Proben wurden entnommen mit Hilfe eines Wattestäbchens in Nase und Mund, eine äusserst unangenehme Prozedur.
>
> Die zweite Testung für EUR 120.- hatte ich am Flughafen Wien. Hier wurde lediglich eine wenig in meinem Hals „herumgewischt“
>
> Es wurden keine Abstriche aus der Nase genommen. Auf meine Frage hin, warum das so sei bekam ich von dem zuständigen Mediziner folgende Antwort: „Das kann man so oder so machen“ Basierend auf diesem Prinzip spielen Sie also in dem Wohl Ihrer Mitbürger?

Basierend auf „Schau ma mal“ werden Gastronomiebetriebe geschlossen, Schulkindern Masken im Unterricht aufgesetzt, Pensionisten und Menschen in Pflegeheimen der Kontakt zur Aussenwelt verwehrt?

Erst kürzlich verlautbarte Hr. Anschober in einem Interview auf die Frage, ob positiv getestet Fachpersonal weiter arbeiten dürfte (sinngemäß): „ Natürlich da es nicht automatisch heisst, dass die betreffende Person infektiös oder erkrankt ist“

Das österreichische Volk wird Tag täglich von „Horrormeldungen“ die Corona Zahlen betreffend gemeutert und muss mit den von Hr. Anschober, Hr. Kurz und Ihnen getroffenen Entscheidungen und den daraus resultierenden Verordnungen leben. Wo fließen in den veröffentlichten Zahlen eigentlich diese Fakten mit ein, welche Hr. Gesundheitsminister Anschober in seinem Interview

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

vermerkt hat - Positiv getestet bedeutet nicht Infektiös oder Erkrankt - warum wird diese Information dem Volk vorenthalten? Legt es die Regierung auf den Immunitätspass aus, dem von Hr. Anschober gefordertem „Werkzeug“ um in eine Impfpflicht zu rutschen welche ja gar keine ist?

Hier werden Sie wahrscheinlich bereits mit einer politischen Argumentation beginnen, doch lassen Sie das besser. Hr. Bundespräsident, hier geht es um Menschenleben und die Gefährdung der selbigen durch die politische Kaste der Türkisen/Grünen Regierung. Die Entscheidungen Ihrer Regierung der letzten paar Monate haben zu einer Vielzahl von Todesfällen und zerrütteten Existenzen geführt die nicht auf das Corona Virus sonder auf die geschaffenen Umstände zurückzuführen sind.

Sind ihre Gedanken nun auch bei diesen zerstörten und ausgelöschten Existenzen die mitunter auch Sie zu Verantworten haben oder werden diese auch einfach einer Statistik zugeordnet die es der Türkis/Grünen Regierung weiter erlaubt aus unserer hart erkämpften Demokratie ein totalitäres System zu machen? Gesetzte zu entwerfen andere zu kippen und in „Schau ma mal „ Manier weiter unsere Wirtschaft umbringen? Alleine dass muss Sie doch schon aus der Reserve locken.

Sie Hr. Van der Bellen sind die letze Hoffnung für Österreich, unsere Demokratie, unsere Meinungsfreiheit, unsere Individualität. Unsere letzte Hoffnung dafür, das wir als Bürger eigene Entscheidungen treffen können, wir Herr über selbige bleiben und ebenfalls zum Wohle unserer körperlichen wie auch geistigen Gesundheit frei handeln können. Es liegt an Ihnen ob Sie die „Umstrukturierung“ unserer Demokratie tolerieren oder Selbiger entgegenwirken. Sie sind nun am Zug.

Vielleicht erachten Sie mein Schreiben als irrelevant, als „Verschwöhrungstheoretisch“ (was leider momentan alle Gedanken und Meinungen betrifft welche nicht dem Main Stream folgen), oder lachhaft. Es sei ihnen bitte jedoch bewusst, dass all meine Aussage die ich hier treffe belegbar sind, beweisbar sind. Ich trete nicht aus einer Laune heraus an Sie heran sonder erst nach monatelanger Recherche.

Die resultierenden Beweise wurden u.a bereits dem VGH übergeben und waren mitunter Grund dafür das dieser die Klage zugelassen hat und auch weiter verfolgen wird. Es werden auch weitere Schritte und Klagen folgen welche u.a das Thema des Schadenersatzes für Unternehmen, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, wirtschaftlich und gesundheitlich geschädigte Personen behandelt wie auch jenes der politischen Verfehlungen wie z.B der Erlass einiger Gesetze oder die die Gründung der Firma (GmbH) COVAG zur Abhandlung der Förderungen für Betriebe (die hätte von öffentlicher Stelle her geregelt werden müssen).

Mit einbezogen werden alle Beteiligten Regierungsstellen wie u.a das Gesundheits-, Finanz und Justizministerium, der Bundeskanzler und auch Sie als Bundespräsident.

Wir sind als Steuerzahler nun eines Teiles unserer Pflicht nachgekommen. Ihre Aufgabe als gewähltes Oberhaupt des Staates Österreich ist es nun den von mir (uns) eingebrachten Anschuldigungen mit bestem Wissen und Gewissen sowie mit allen Ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nachzugehen. Sie erhalten hiermit den Auftrag von Ihren Mitbürgern, Ihren Steuerzahlern, sich der Sache umgehend anzunehmen in Hinblick auf alle Fragen der grundlegenden Verfassungs- und Menschenrechte, der Fragen der Ethik und Ehrlichkeit.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Der Bürger wählt die Verantwortungsträger und diese dienen dem Volk. Als Bundespräsident haben Sie die hoch dotierte Aufgabe im Sinne Ihres Volkes zu handeln und den durch Ihr Volk erteilten Auftrag nachzukommen.

Ich Konstantin Haslauer erkläre hiermit per Eidesstatt, dass ich Ihnen diese Ungereimtheiten, Gesetzwidrigkeiten und Mittäterschaft der politischen Amtsträger näher gebracht habe. Ich erkläre weiters, dass mein (unser) Anschreiben vor allem dazu dient, Ihnen als Verantwortlichen die entsprechenden Informationen zu übermittel und Ihnen auf Anfrage hin die notwendigen Beweise zu übergeben, in Erwartung des Einberufens eines Untersuchungsausschusses im Parlament mit öffentlicher Übertragung, welcher sich vorweg um die Aufarbeitung und Darlegung der rechtlichen und politischen Missstände kümmert um somit den Schadenersatzanspruch und die daraus ergehende Schadensersatz Pflicht gegenüber Ihren Mitbürgern gewährleistet.

Dieser offene Brief wird an alle Parlamentsabgeordneten sowie an alle freien und staatlich geförderten Medienvertreter gesendet.

Unser Aufruf, der Auftrag Ihres Volkes an Sie zu handeln wird öffentlich gemacht.

Fazit: Auch in diesem offenen Brief an den Bundespräsidenten sind die Verfassungsbrüche dargelegt worden. Da hierzu keine Rückmeldung erfolgte, ist davon auszugehen, dass der strafrechtliche Verstoss §302 StGB zur Anwendung gebracht werden muss.

Zu 4. Punkt a: Verwendung von Steuergeldern für nutzlose PCR-Tests

Zwischen 27.02.2020 und 03.12.2020 wurden insgesamt 3.149.372 PCR-Tests durchgeführt, finanziert mit einer Summe von EUR 110.228.020,00 aus Steuergeldern. Wie schon unter den Punkt 1 dargelegt, ist der Test nicht im Stande, eine Infektion zu ermitteln.

In den Nachrichten und Medien wird die Zahl der positiv PCR-Getesteten als „neue Coronafälle" oder „Neuinfektionen" bezeichnet. Bedeutet ihr Ansteigen eine besondere Gefahr? Nein! PCR-Tests sagen weder etwas darüber aus, ob ein Mensch krank, noch etwas darüber, ob er infektiös ist, d. h. andere Bürger mit Covid-19 anstecken kann.

Da ein positiver Test weder gleich Infektion noch gleich Erkrankung ist, müsste es in den Medien „positiv PCR - getestete" heißen. Angaben wie „20.000 neue Coronafälle" oder „Neuinfektionen" sind falsch.

Laienpresse und Politiker setzen positive PCR-Tests mit Infektion oder Krankheit gleich. Die drei Begriffe haben jedoch unterschiedliche medizinische Bedeutung. Über 80 % der positiv Getesteten sind gesund und können ihrer Arbeit nachgehen. Über 15 % haben mittlere Grippesymptome. 1–2 % sind schwerer krank oder intensivpflichtig, Todesfälle bewegen sich je nach Quelle um 0,2 %. Weil unklar ist, ob positiv Getestete ansteckend sind, bringt auch die PCRNachverfolgung ihrer Kontaktpersonen keine echte Klärung.

In der Medizin wird tunlichst vermieden, bei Gesunden nach Krankheiten zu fahnden, weil falsch positive Ergebnisse oft zu großer Verunsicherung mit unnötig belastenden Folgemaßnahmen führen (s. Früherkennung von Prostata-CA: „Überdiagnostik und Übertherapie", DÄ 6.11.20, S.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

A2172). Ein positiv getesteter Gesunder kann ergebnislos durchuntersucht werden – wird aber behandelt als ob er krank wäre. Positiv Getestete werden zu Kranken erklärt, obwohl sie es nicht sind.

Hier droht die große Gefahr: Die Coronakrise wäre nur der Anfang einer Dauerkrise! Würde man z. B. alle Gesunden auf Influenza und andere Infektionen untersuchen, wären dabei etliche (falsch) positiv Getestete zu finden: Menschen, die weder wirklich krank noch ansteckend sind, aber bis zum Beweis des Gegenteils dazu erklärt werden. Es gäbe keine Gesunden mehr, sondern nur noch Kranke.

Wir Ärzte sind verpflichtet, uns gegen unsinnige, schädliche Regierungsmaßnahmen zu wenden und dem auf PCR-Tests gegründeten Shutdown, der kulturellen Isolation und dem wirtschaftlichen Niedergang zu begegnen. Begeht die Politik hier „zum Schutz der Menschen" sozialen Selbstmord – aus lauter Angst vor dem Tod?

Freiheit und soziale Gesundheit stehen hier einer staatlichen .berfürsorge entgegen, deren Folgeschäden kaum absehbar sind.

Dr. med. Hans Jürgen Scheurle, 79410 Badenweiler

Zu 4. Punkt b: Österreich zahlt 27 Millionen zu viel für Massentests – ohne Qualitätskontrolle und Ausschreibung[16].

Österreich zahlt für die gleiche Menge Corona-Schnelltests um 27 Millionen Euro mehr als die Slowakei. Das zeigen Recherchen des ORF und des Kurier. Zum Vergleich: Die gerade abgeschaffte Hacklerregelung hätte heuer 30 Millionen Euro gekostet. Ein Grund für den überteuerten Preis dürfte sein, dass Kanzler Kurz praktisch über Nacht entschieden hat, Massentests durchzuführen. Die Beschaffung erfolgte ohne Auftragsausschreibung und Qualitätskontrollen. Das könnte Österreich zusätzlich mehre Millionen Euro Strafe kosten.

Am 15. November sitzt Bundeskanzler Sebastian Kurz in der ORF-Pressestunde. Am Tag zuvor verkündete seine Regierung einen harten Lockdown. Schulen, Gastronomie, Handel und Dienstleister wie Friseure mussten schließen. Das Krisenmanagement der Regierung wurde breit kritisiert: Die Maßnahmen kamen zu spät und wurden erst nötig, weil die Regierung lange nichts gegen die nahende zweiten Welle getan hat: Der Sommer verstrich, es gibt immer noch keine gesetzliche Regelung für Home-Office oder ein Konzept für sichere Schulen.

Kurz musste sich für das Missmanagement rechtfertigen und wollte ablenken – und ließ in der Pressestunde eine Bombe platzen: Er kündigte Massentests wie in der Slowakei an.
Kurz offenbar geheim gehalten:

Am Vortag verlor weder der Kanzler noch ein Minister bei einer der drei Pressekonferenzen auch nur ein Wort über die Massentests. Nicht einmal das Gesundheitsministerium wusste etwas davon und zeigte sich nach dem Kanzler-Auftritt überrascht.

---

[16] Kontrast Artikel https://kontrast.at/corona-schnelltest-kosten-oesterreich/

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Husch-Pfusch-Aktion kostet 27 Millionen Euro

Experten bezweifelten die Sinnhaftigkeit der Aktion. Eine Taskforce im Gesundheitsministerium sprach sich dezidiert gegen die Massentests aus. Epidemiologisch machen die Massentestungen auch wenig Sinn: Schon jetzt ist das Contact-Tracing überfordert, in sensiblen Bereichen wird zu wenig getestet. Auch mit dem Zeitpunkt der Massentests direkt nach dem Lockdown hat der Kanzler die schlechteste Wahl getroffen, so Experten. Das beeindruckte Sebastian Kurz aber wenig. Denn für ihn war es der perfekte Zeitpunkt für die Ankündigung.

Also mussten 10 Millionen Schnelltests angeschafft werden. Das Bundesheer und die Bundesbeschaffungs GmbH (BBG) übernahmen den Kaufprozess. Es musste schnell gehen, also wurde auf eine Ausschreibung verzichtet. Ergebnis: Für 10 Millionen Tests legte der Staat 67 Millionen Euro Steuergeld hin. Die Slowakei zahlte für dieselbe Anzahl 40 Millionen Euro.

> *Brisant: Obwohl die Slowakei 27 Millionen weniger zahlte als Österreich, fordert dort eine Antikorruptions-Initiative eine Untersuchung. Grund: Die Preise seien zu hoch.*

Auftrag wird um 23:16 ausgeschrieben – und 15 Stunden später vergeben

Die hohen Preise für Österreich ergeben sich, weil schlicht bei zu wenigen Anbietern angefragt wurde. Österreich bezieht seine Tests von drei Firmen: Eine Million Tests stammen von der Wiener Firma IFMS Med (4,86 €/Stk.), fünf Millionen kommen von Siemens (6,24 €/Stk.) und vier Millionen Stück bezieht Österreich vom Schweizer Unternehmen Roche (7,80 €/Stk.). Insgesamt kommt man so auf einen Durchschnittspreis von 6,70 Euro pro Test. Diese drei Firmen wurden aus einem Pool von 21 Anbietern ausgewählt, den die Regierung im Laufe der Pandemie angelegt hatte. Wie eilig es die Regierung hatte, sieht man auch an der konkreten Vorgehensweise: Am 9. November um 23:16 fragte die Beschaffungsagentur bei den Anbietern an – die Antwort hatte bis zum 10. November um 14:00 zu erfolgen.

Österreich hätte Tests für 3,40 Euro kaufen können – zahlte aber bis zu 7,80 Euro

Das Verfahren stieß anderen Anbietern bitter auf. Die Firma Medsan hat etwa auch ein Angebot gestellt, bekam aber nicht einmal eine Antwort. Der deutsche Anbieter concile stand nicht auf der Liste der Regierung und erfuhr so gleich gar nichts vom Beschaffungsprozess.

> *„Obwohl ich mich seit Monaten um Informationen bemühe“, beschwert sich Karin Grabner, die den deutschen Anbieter vertritt, gegenüber dem Kurier.“*

Ihr Unternehmen hätte den Einkaufspreis bei größeren Einkaufsmengen auf bis zu 3,40 Euro pro Stück reduziert, erklärt sie. Ein anderes Unternehmen, das bei der BBG nicht einmal gelistet ist, ist das US-Pharmaunternehmen Abbott. Dort kaufte sich das Land Vorarlberg 230.000 Tests zu einem Stückpreis von 4,34 Euro. Auch die US-Regierung und die WHO zählen zu den Kunden von Abbott – auch sie kauften um rund 4,30 Euro ein. Es hätte also zahlreiche andere und vor allem günstigere Anbieter gegeben – man hätte sich nur etwas gründlicher umschauen müssen.

Die hohen Preise bedeuteten übrigens nicht, dass es sich um genauere oder bessere Tests handelt: Die BBG verzichtet nämlich auf die Qualitätsprüfung. Gekauft kann alles werden, was die WHO als sicher eingestuft hat.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Jetzt droht Strafe in Millionenhöhe

Das Vergabeverfahren ohne Ausschreibung könnte jetzt auch ein juristisches Nachspiel für Österreich haben.

Sie vertritt eine heimische Vertriebsfirma des deutschen Testanbieters Medsan und wird beim Bundesverwaltungsgericht einen Antrag auf Nachprüfung einbringen. Wird ihr Recht gegeben, muss die Republik den Auftrag rückabwickeln oder, wenn das nicht mehr möglich ist, eine Strafe im Umfang von 20 Prozent des Auftragsvolumens zahlen.

Fazit: Durch die Aufklärungsarbeit der FPÖ (siehe Pressekonferenz von 02.12.2020) wurde der Handlungsweg des Bundeskanzlers Kurz offengelegt. Hier muss definitiv Korruption iSd §307a StGB und Amtsmissbrauch iSd §302 StGB im Fokus einer Ermittlung stehen.

Zu 5. Punkt a: Hintergrund Gespräche des BK Kurz:

Einladung zum informellen Lagebericht im Bundeskanzleramt, HEUTE 20.00 Uhr

Ergeht an die Chefredakteurinnen und Chefredakteure

Sehr geehrte Chefredakteurinnen und Chefredakteure,

wir laden Sie sehr herzlich im Namen von Bundeskanzler Sebastian Kurz zum **informellen Lagebericht** ins Bundeskanzleramt ein.

HEUTE, Freitag, 30. Oktober 2020
20.00 Uhr
Bundeskanzleramt, Kongresssaal
Ballhausplatz 2
1010 Wien

Das Gespräch versteht sich als **reines OFF-Gespräch** ohne O-Töne sowie Foto- und Filmaufnahmen.
Die Inhalte des Gesprächs sind nicht für die Berichterstattung verwendbar.

Es gab einen sehr wichtigen Grund, der nun offen darlegt ist. Kurz hat alle gelandet Medienvertreter auf eine 2. Welle eingeschworen. Es soll mit Nachdruck berichtet werden, wie viele Infektionen (positiv getestete) täglich vorliegen, um die Menschen in Angst zu halten. Auch die Planung des 2. Lockdown/light muss Thema gewesen sein. Es wurde den Medien neue Gelder für die „Plandemie" oder Fake-Pandemie in Aussicht gestellt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Der ORF bekommt im 2. fachen Sinne Geld, mit der GIS Zahlung und mit Werbekampagnen „Schau auf dich- schau auf mich". Auch Frau Dr. Redlberger Fritz als Leiterin der Med Uni Wien, hat eine Radio Kampagne begleitet – sie sprach auch von Infektionen und Tod, einfach unglaublich.

Siehe Mail vom 11. November 2020 an monika.redlberger@meduniwien.ac.at:

Sehr geehrte Frau Dr. Redlberger Fritz,

so wie man nun wahrgenommen hat, machen Sie die Propaganda der Regierung mit. Ich weiss nicht ob Sie wissen das überwiegend fast alle Massnahmen der Verordnungen vom VGH aufgehoben wurden. Der Grund war, dass es nur sehr dürftige Verordnungsunterlagen diese Pandemie flankieren. Nun da man keine Informationen auf Regierungskreisen bekommt möchte ich die Fragen nun an Sie stellen.

- Warum werden Fallzahlen als Infektionszahlen veröffentlicht, wenn ein positiver Test keine Infektion feststellen kann?

- Warum agiert man gegen wissenschaftlichen Kodex und Expertenmeinungen, wenn CoVid19 nicht als Erreger nach den „Kochschen Postulate" isoliert wurde.

Link zur Stellungnahme der CDC USA: Bericht der CDC USA Center of Disease and Prevention PDF Seite 39:
https://thewashingtonstandard.com/cdc-documents-no-quantified-virus-isolates-of-the-%202019-ncov-are-currently-available/?%20fbclid=IwAR0jZt1sBO6KfEoWAH8cw3xZfOlu2Wf-XbKUmW1jXTmwcczS8cMo0_tVSHRc

- Warum ignoriert man die Studie Zusammen von Prof. John P A Ioannidis und die Bestätigung der WHO, da ein CoVid19 nicht als Killer Virus zu erachten sei.

Link zur Studie: https://www.dropbox.com/s/e6wyt1m09l1gevd/Studie%20Ioannidis_BLT.20.265892_engl..pdf?dl=0

- Warum ignoriert man die VGH Urteile von 22.07.2020 und 01.10.2020 die sofort umzusetzen wären und verordnet einen weiteren Lockdown.

VGH Urteil vom 22.07.2020 https://www.vfgh.gv.at/medien/Covid_Entschaedigungen_Betretungsverbot.de.php
VGH Urteil vom 01.10.2020 https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_271_2020__V_463-467_2020_vom_1._Oktober_20.pdf

Nun wenn hier klar festzustellen ist, dass CoVid19 die Gefahr einer Grippe gleichzusetzen sei, wieso unterstützen Sie die Massnahmen der Regierung bei Ihren Verfassungsbrüchen. Ich appelliere an Sie als Medizinerin der Wahrheit zu dienen, so wie ich als Therapeut für meinen Kunden.

Ich stehe in sehr engen Verbindung mit den Oppositionsparteien und führe derzeit 2 Klagen gegen die Massnahmen.

In Erwartung einer Klarstellung Ihres Mitwirken, verbleibe ich!

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 5. Punkt b: APA Meldung der FPÖ[17] zu den Hintergrund Gesprächen mit den Medien:

FPÖ – Kickl: Kurz verhöhnt das Parlament – Informationen an Chefredakteure offenbar vor Gesprächen mit politischen Parteien

Bundeskanzler will mit Opposition nur Scheinverhandlungen führen

Wien (OTS) - „Dem Vernehmen nach lädt ÖVP-Kanzler Kurz heute noch Chefredakteure zu sich, um ihnen in einem Hintergrundgespräch seine Maßnahmen, also ein fix-fertiges Lockdown-Programm, zu präsentieren – und das noch vor den Gesprächen mit den Oppositionsparteien. Das ist eine Verhöhnung des Parlaments und ein demokratiepolitischer Skandal. Diese Vorgangsweise zeigt, welch absolute Geringschätzung bei ÖVP-Kanzler Kurz gegenüber der österreichischen Volksvertretung vorherrscht". sagte heute FPÖ-Klubobmann NAbg. Herbert Kickl.

Die Verhandlungen mit der Opposition seien offensichtlich nur Scheinverhandlungen. Kurz versuche die Oppositionsparteien zu Befehlsempfängern zu degradieren. „Ein demokratischer Dialog und die Diskussion gemeinsamer Lösungen finden in seinem neoabsolutistischen Weltbild gar nicht statt. Und die ‚Befassung' des Hauptausschusses des Nationalrates ist, wie die FPÖ immer prophezeit hat, offenbar als reiner Formalakt vorgesehen, hat für die ÖVP lediglich eine ‚Feigenblatt'-Funktion und mit der inhaltlichen Einbindung des Parlaments rein gar nichts zu tun. Das ist die ‚Friss-Vogel-oder-Stirb'-Methode, welche die ÖVP seit Monaten praktiziert", so Kickl.

„Das zeigt, dass die ÖVP sich unter dem Deckmantel der Bekämpfung des Coronavirus immer weiter von demokratiepolitischen Grundsätzen entfernt. Das Parlament wird von Kurz und Co. maximal als lästiges Übel empfunden. Mitverantwortlich dafür, dass ein derartiger antidemokratischer Geist in der Regierung Einzug halten konnte, trägt auch der kleine grüne Koalitionspartner. Die FPÖ wird das Knie jedenfalls nicht vor dem Machtrausch von Kurz und Co. beugen, die jetzt glauben, unter dem Vorwand der Gesundheitspolitik ganz Österreich unter ihr Joch spannen zu können", stellte Kickl unmissverständlich klar.

Zu 5. Punkt c: Marketing Budget der Regierung steigt ins Unermessliche:

APA Meldung von 14.05.2020 *Wien (OTS/SK)*[18] - „Sparen im System heißt für Sebastian Kurz immer sparen bei den anderen und nie bei sich selbst"

Millionenbudget im Bundeskanzleramt entspricht Förderungen für 1.100 Selbstständige

Wien (OTS/SK) - „Sparen im System heißt für Sebastian Kurz immer sparen bei den anderen und nie bei sich selbst", kritisiert SPÖ-Abgeordnete Julia Herr angesichts des exorbitanten Anstiegs der Repräsentationsausgaben im Bundeskanzleramt von 270.000 Euro auf 1,2 Millionen Euro im Budgetvorschlag 2020. Diese Steigerung der Ausgaben seien, so Herr „nicht nachvollziehbar. Diese 1,2 Millionen Euro entsprechen etwa den Förderungen aus dem Härtefallfonds für mehr als

---

[17] OTS Meldung https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20201030_OTS0076/fpoe-kickl-kurz-verhoehnt-das-parlament-informationen-an-chefredakteure-offenbar-vor-gespraechen-mit-politischen-parteien

[18] OTS Meldung https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200514_OTS0021/herr-kurz-vervierfacht-sein-repraesentationsbudget

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

1.100 Selbstständige. Besser wäre es, das Repräsentationsbudget für Kurz zu streichen und jenen Leuten zu helfen!“, fordert die SPÖ-Abgeordnete. ****

Vor allem jetzt in der Krise, wo viele Menschen jeden Euro zweimal umdrehen müssen und die Arbeitslosigkeit auf einem Rekordniveau ist, könne man dieses Budget nicht rechtfertigen. Julia Herr wird deshalb dazu eine parlamentarische Anfrage einbringen. „Wir wollen wissen, warum diese Mega-Erhöhung überhaupt notwendig ist und wie das wesentlich geringere Budget im Vorjahr verwendet wurde“, erläutert Herr.

Die SPÖ-Abgeordnete erklärt zudem: „Gerade auch Veranstaltungen, die in dieses Budget teilweise reinfallen würden, wären aufgrund von Corona sowieso nur sehr eingeschränkt möglich. Dass trotzdem aber fast eine Million mehr veranschlagt wurde, versteht niemand.“ (Schluss) up/mp/sr

Zu 5. Punkt e: Die Regierung sucht Werbeagenturen, die ihre Politik bis zur nächsten Wahl 2024 ins rechte Licht rücken sollen.

Der Bundesfinanzrahmen 2021 bis 2024 wurde zusammen mit dem Budget 2021 von 17. bis 19. November 2020 im Nationalrat in Verhandlung genommen. Nachdem sich ein bereits beschlossener Abänderungsantrag zum Bundesfinanzrahmengesetz am 19. November als technisch fehlerhaft herausgestellt hatte, wurde eine neue Regierungsvorlage zum Bundesfinanzrahmengesetz 2021 bis 2024 einschließlich der Abänderungen eingebracht.

Die Materie wurde vom Budgetausschuss mit den Stimmen der Regierungsparteien erneut ans Plenum geschickt und wird nun noch einmal diskutiert und abgestimmt. Nähere Informationen finden Sie in den Aussendungen der Parlamentskorrespondenz auf der Parlamentswebsite.

Bericht der Kronen Zeitung vom 24.11.2020[19]

Regierung schreibt Kampagne aus - Opposition tobt

Die Regierung sucht Werbeagenturen, die ihre Politik bis zur nächsten Wahl 2024 ins rechte Licht rücken sollen. Einer Ausschreibung zufolge könnten in den kommenden vier Jahren bis zu 30 Millionen Euro für „Kreativagenturleistungen“ fließen - es wäre der erste derartige Etat einer Regierung. Trotz Erläuterungen, es würde sich dabei lediglich um einen Rahmenvertrag handeln und jedes Ministerium müsse Kampagnen gegebenenfalls wie bisher aus seinem Budget finanzieren, reagiert die Opposition empört.

Angestrebt wird mit der bereits am 9. November veröffentlichten Ausschreibung, über die der „Standard“ berichtete, eine „gemeinsame Kommunikationsstrategie“ der Bundesregierung unter dem schon bei der Regierungsbildung ausgegebenen Motto „das Beste aus beiden Welten“. Gemeint sind damit ÖVP und Grüne. „Ziel ist eine stringente gemeinsame Kommunikation aller Ministerien“, heißt es in den Unterlagen - also „ein Kommunikationsrahmen von einem Anbieter (Leadfunktion), auf den alle Ministerien zugreifen können“.

Als Themenschwerpunkt (mit einem Gesamtbudget von vier Millionen Euro) wird der Klimaschutz genannt und hier besonders die „Verkehrswende“. Kein Bezug wird in der Ausschreibung auf die

[19] Bericht Krone https://www.krone.at/2283217

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

aktuelle Pandemie oder eine allfällige Impfkampagne im kommenden Jahr genommen. Die Teilnahmefrist läuft bis 10. Dezember. Abgeschlossen werden soll die Rahmenvereinbarung Ende Mai 2021.

Bis zu 180 Millionen Euro Rahmen für Inserate
Auch ihre Inserate wird die Regierung wohl aufstocken, wie aus einer ebenfalls laufenden Ausschreibung hervorgeht. Darin wird nämlich eine Schaltagentur gesucht, die Aufträge im Wert von bis zu 180 Millionen Euro (exklusive Umsatzsteuer) abwickeln soll. Bis 2024 wären das jährlich 45 Millionen Euro, was auf eine Verdoppelung der Regierungsinserate hinauslaufen würde. Bis wann das Geld verbraucht werden könnte, geht aus der Ausschreibung allerdings nicht hervor.

Scharfe Kritik von SPÖ, FPÖ und NEOS
Scharfe Kritik an den Ausschreibungen übte am Dienstag die Opposition. SPÖ und FPÖ verweisen darauf, dass ÖVP und Grüne erst vor wenigen Tagen die „Hacklerregelung" im Pensionssystem gestrichen haben. „Um denselben Betrag gönnen sich Kurz, Kogler und Co. nun ein fettes Budget für PR-Berater und Agenturen. Wie abgehoben, zynisch und weg von den Problemen der Bevölkerung kann man eigentlich sein?", so SP-Vizeklubchef Jörg Leichtfried.
„Österreich steht mit dem Rücken an der Wand. In der Wirtschaft droht durch die Corona-Maßnahmen der Regierung eine Pleitewelle, und Schwarz-Grün gönnt sich eine Marketing-Offensive um schlanke 30 Millionen Euro", kritisiert auch FPÖ-Chef Norbert Hofer.

Auch NEOS-Mediensprecherin Henrike Brandstötter will von der Regierung wissen, wieso sie sich angesichts der schwersten Wirtschaftskrise ein solches PR-Budget gönne. Die Menschen hätten genug von der „türkis-grünen PR-Politik".

Reimon spricht von „Rahmenvertrag"
Der Grüne Abgeordnete Michel Reimon erklärte die Ausschreibung des 30-Millionen-Euro-Etats indessen damit, dass es sich lediglich um einen Rahmenvertrag handle. Andere Agenturen könnten innerhalb dieses Rahmens als Subunternehmer des Hauptauftrages auftreten.

Nötig sei dies, weil die Regierung im Rahmen der Corona-Krise bemerkt habe, dass sie wegen der Ausschreibungsrichtlinien keine raschen Kampagnen aufstellen könne. „Es ist also nicht so (und nicht gewünscht), dass eine Agentur zentral alle Kommunikation des Bundes macht", so Reimon auf Twitter.

Fazit: Es werden Steuergelder zum Vorteil der ÖVP zur Inszenierung eingesetzt, um die Vertuschung der wahren Geschichte zu Corona nicht so stark an die Öffentlichkeit kommen zu lassen. Durch die Hintergrundgespräche mit den Medien sowie durch Internetzensur und mediale Ausgrenzung anderer Standpunkt (siehe 1. 2. und 5.) ist der Straftatbestand nach §307a StGB und Amtsmissbrauch §302 StGB erfüllt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Zu 6. Punkt a: Die Lockdown Strategie der Regierung gesetzwidrig[20]

Wie schon berichtet, war der Lockdown 1 nicht verhältnismäßig, da die Reproduktionszahl am 30.04.2020 (Quelle AGES bei der Pressekonferenz) bei 1,1 lag, ein Lockdown war daher nicht notwendig. Aber es wurde ein neues Narrativ ins Leben gerufen „die 2. Welle“ oder, wie Frau Merkel es nennt, der „Wellenbrecher", was darstellt, wie mutwillig und ohne Evidenz die Wirtschaft an die Wand gefahren wird.

Wie von sehr viele Experten dargestellt, gibt es kein Virus, das eine 2. Welle erzeugen kann. Jede Zeitregion im Virusgeschehen gibt es nur einmal, da aufgrund der Bekämpfung durch das Immunsystem die Viren mutieren und sich verändern. Ein Virus wird NIE den Wirt töten, sonder immer versuchen einen neuen Wirt zu finden in einer geänderten Mutation.

Siehe Bericht vienna.at vom 13.09.2020 (viele Falschaussagen von Kurz)

Bundeskanzler Sebastian Kurz warnt am Sonntag vor einer zweiten Corona-Welle. Besonders dramatisch sei die Situation in Wien, österreichweit rechnet er bald mit 1.000 Neuansteckungen pro Tag.

> *>> Falsch „ 1.000 Neuansteckungen“ es sind positive Testergebnisse ohne Arzt festgestellt. Eine Differenzial Diagnose wurde nicht durchgeführt. Man bezieht sich auf einen fehlerhaften Testergebnis.*

Bundeskanzler Sebastian Kurz (ÖVP) warnt in drastischen Worte vor einer weiteren Ausbreitung der Corona-Pandemie in Österreich. "Was wir gerade erleben, ist der Beginn der zweiten Welle. Die Ansteckungszahlen nehmen von Tag zu Tag zu", so der ÖVP-Chef in einem schriftlichen Statement gegenüber der APA. An die Bevölkerung richtet er den "dringenden Appell", sich an die Maßnahmen zu halten.

> *>> Falsch - drastische Worte vor einer weiteren Ausbreitung der Corona-Pandemie (es gibt nur eine Testpandemie mit 30.000 fehlerhaften Test am Tag) in Österreich. "Was wir gerade erleben, ist der Beginn der zweiten Welle.(Ohne eine Ärztliche Diagnose gibt es kein Infektionen, ausser man hat Symtome)*

"Waren es vor zwei Wochen noch rund 350 Ansteckungen pro Tag, lagen wir gestern bereits bei über 850. Besonders dramatisch ist die Entwicklung in Wien, wo rund 50 Prozent aller Neuinfektionen in Österreich verzeichnet werden. Und wir werden bald die Marke von 1.000 Neuansteckungen pro Tag erreichen", so die Erwartung des Kanzlers.

Kurz: Dringlicher Appell an die Bevölkerung
"Ich bitte die Bevölkerung, dass sie alle Maßnahmen einhält, soziale Kontakte reduziert, den Mund-Nasen-Schutz trägt und überall so gut als möglich Abstand hält", appellierte Kurz. Insgesamt aber bleibt der Regierungschef bei seiner Ende August geäußerten Einschätzung, dass Licht am Ende des Tunnels zu sehen sei - und auch, dass der Sommer im kommenden Jahr wieder weitgehend normal sein werde. "Aber es wird für uns alle ein harter Herbst und Winter werden.

[20] Online Bericht von Kurz https://www.vienna.at/bundeskanzler-kurz-die-zweite-welle-hat-begonnen/6737982

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Daher sind wir jetzt alle aufgerufen und gefordert, mit gleicher Disziplin und Rücksicht wie im Frühjahr, auch die Herausforderungen der kommenden Monate gemeinsam zu meistern."

> Falsch >> Mund-Nasen-Schutz trägt (es gibt keine wissenschaftliche Evidenz, bzw. ist im Arbeitsrecht verankert, dass bei einer dauerhaften Tragepflicht ein Arzt festellen muss ob dies gesundheitlich möglich ist) und überall so gut als möglich Abstand hält.

Zu 6. Punkt b: WHO Studie von Prof. John Ioannidis, wurde nicht für den Lockdown herangezogen.

Coronavirus-Studie: Stanford-Professor wertet 61 Studien weltweit aus[21]

Urheber der Studie ist John Ioannidis, einer der derzeit meistzitierten Autoren in der Wissenschaftswelt. Der Professor für Medizin und Epidemiologie an der Universität Stanford hat 61 Studien aus der ganzen Welt ausgewertet, die aus Antikörpertest-Stichproben die tatsächliche Infiziertenrate in der jeweiligen Bevölkerung errechneten. Sie untersuchten also die Dunkelziffern der Corona-Fälle. Die Ergebnisse hat Ioannidis statistischen Korrekturen unterzogen und ins Verhältnis gesetzt zu den offiziellen Covid-19-Todesfällen in den Untersuchungsgebieten.

Coronavirus: Weltweit stirbt einer von 500 Corona-Infizierten

Damit liegt die Gangelt-Studie leicht über dem Median der Metastudie von Ioannidis. Der Median– er liegt bei 0,23– ist der Wert, der die herangezogenen Stichproben in gleich große Hälften teilt. 50 Prozent kommen auf niedrigere Sterblichkeiten*, 50 Prozent auf höhere. Der Medianwert legt also nahe, dass weltweit etwas mehr als einer von 500 Corona-Infizierten stirbt. Die höchste errechnete Sterblichkeit **von 1,63 Prozent ergab** sich aus einer Stichprobe in zwei Ortenim US-Bundesstaat Louisiana.

Die höchste Infiziertenrate fand sich mit 58 Prozent in einem Slum in Mumbai, wo die Sterblichkeit unter dem Durchschnitt lag. Ioannidis' Folgerung: Die Sterblichkeit durch Covid-19 scheint geringer als früher angenommen. Er vergleicht seine Zahlen mit den in China errechneten Sterblichkeitsraten von 3,4 Prozent aus der Frühzeit der Pandemie. Damals glaubte man, es gebe kaum unentdeckte Fälle mit schwachen Symptomen und folglich auch keine hohe Dunkelziffer. Auch etwas später errechnete Sterblichkeiten von einem Prozent weltweit würden nicht erreicht. Einen eigenen globalen Wert nennt Ioannidis aber nicht.

Aus der Original Studie (übersetzt) [22]
xErgebnisse: Ich umfasste 61 Studien (74 Schätzungen) und acht vorläufige nationale Schätzungen. Die Schätzungen der Seroprävalenz lagen zwischen 0,02% und 53,40%. Todesrate bei Infektionen im Bereich von 0,00% bis 1,63%, korrigierte Werte von 0,00% bis 1,54%. An 51 Standorten. Die mittlere Todesrate bei Covid-19-Infektionen betrug 0,27% (korrigiert 0,23%) 0,09% an Standorten mit einer Covid-19-Sterblichkeitsrate, die unter dem globalen Durchschnitt liegt (<118 Todesfälle / Million), 0,20% an Standorten mit 118–500 Covid-19-Todesfällen / Million Menschen und 0,57% an Orten mit> 500 Covid-19-Todesfällen / Million Menschen.

---

21 Bericht aus den Merkur Online Portal https://www.merkur.de/welt/who-corona-studie-tote-ueber-sterblichkeit-infektion-pandemie-zr-90073439.html

22 Original Studie englisch: https://www.dropbox.com/s/e6wyt1m09l1gevd/Studie%20Ioannidis_BLT.20.265892_engl..pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

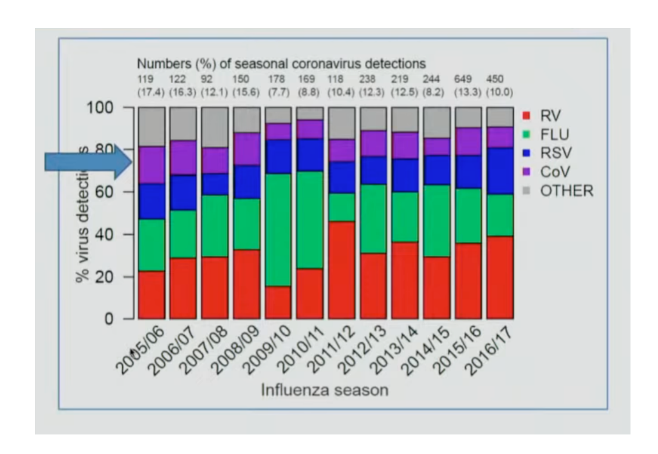
Bei Menschen <70 Jahre, die Sterblichkeitsrate bei Infektionen lag zwischen 0,00% und 0,31% mit rohen und korrigierten Medianwerten von 0,05%. Schlussfolgerung die Infektionssterblichkeitsrate von Covid-19 kann erheblich variieren verschiedene Standorte und dies kann Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und im Casemix widerspiegeln von infizierten und verstorbenen Patienten und anderen Faktoren. Die abgeleiteten Infektionssterblichkeitsraten tendenziell niedriger als die Schätzungen, die früher in der Pandemie gemacht wurden.

Fazit: Covid-19 ist gleichzusetzen mit Influenza, daher sind Lockdowns und das Tragen von Masken nicht verhältnismäßig. Man darf davon ausgehen das der Expertenstab der Regierung das weiß, doch Kurz und Anschober handeln wissentlich fahrlässig. Ohne ausführlich dargelegte Evidenz darf in die Freiheits-, Grund und Menschenrechte NICHT eingegriffen werden.

Zu 6. Punkt c: Grippewelle oder Coronawelle, dies kann nicht auseinander gehalten werden:

Es gibt 2 Hauptsaisonen von Infektionswellen im Jahr, einmal Frühjahr und dann im Herbst/Winter. Hier ist zu erwähnen, dass aufgrund des Wissen, dass sich der Grippevirusstamm jedes Jahr ändert, die Grippeimpfung auch jährlich angepasst wird. Ist seit dem Auftreten des „neuartigen Corona-Virus“ die Grippe nun komplett verschwunden?

Nein, denn wie in der Grafik zu sehen ist, treten die Viren immer im Verbund auf. Darum ist es ein Irrsinn, im Jahr 2020 nur mehr Coronaviren zu suchen und zu testen, aber keine Maßnahmen gegen Influenza zu ergreifen.

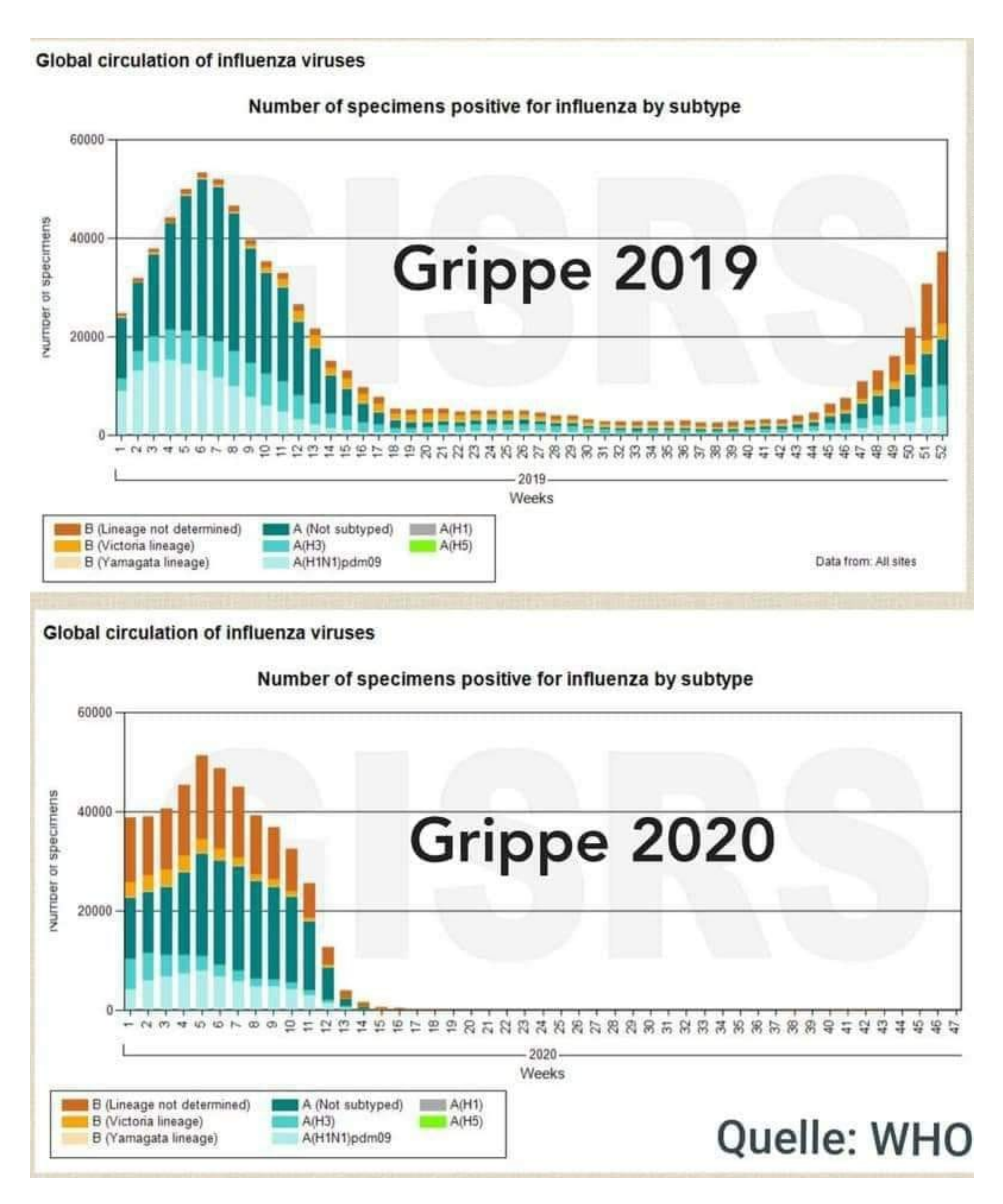


Sehen wir uns an, was die WHO offiziell im Jahr 2020 zur Grippewelle 2019 sagt. Wie man in der Grafik sieht, scheint die Influenza ausgestorben, was aber NICHT möglich ist. Diese Ergebnisse liegen der Ärztekammer, denn Gesundheitsministerium, der Ampelkommission, der AGES und Minister Anschober vor. Doch werden diese Ergebnisse ignoriert und der Bevölkerung unverhältnismäßige Massnahmen auferlegt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

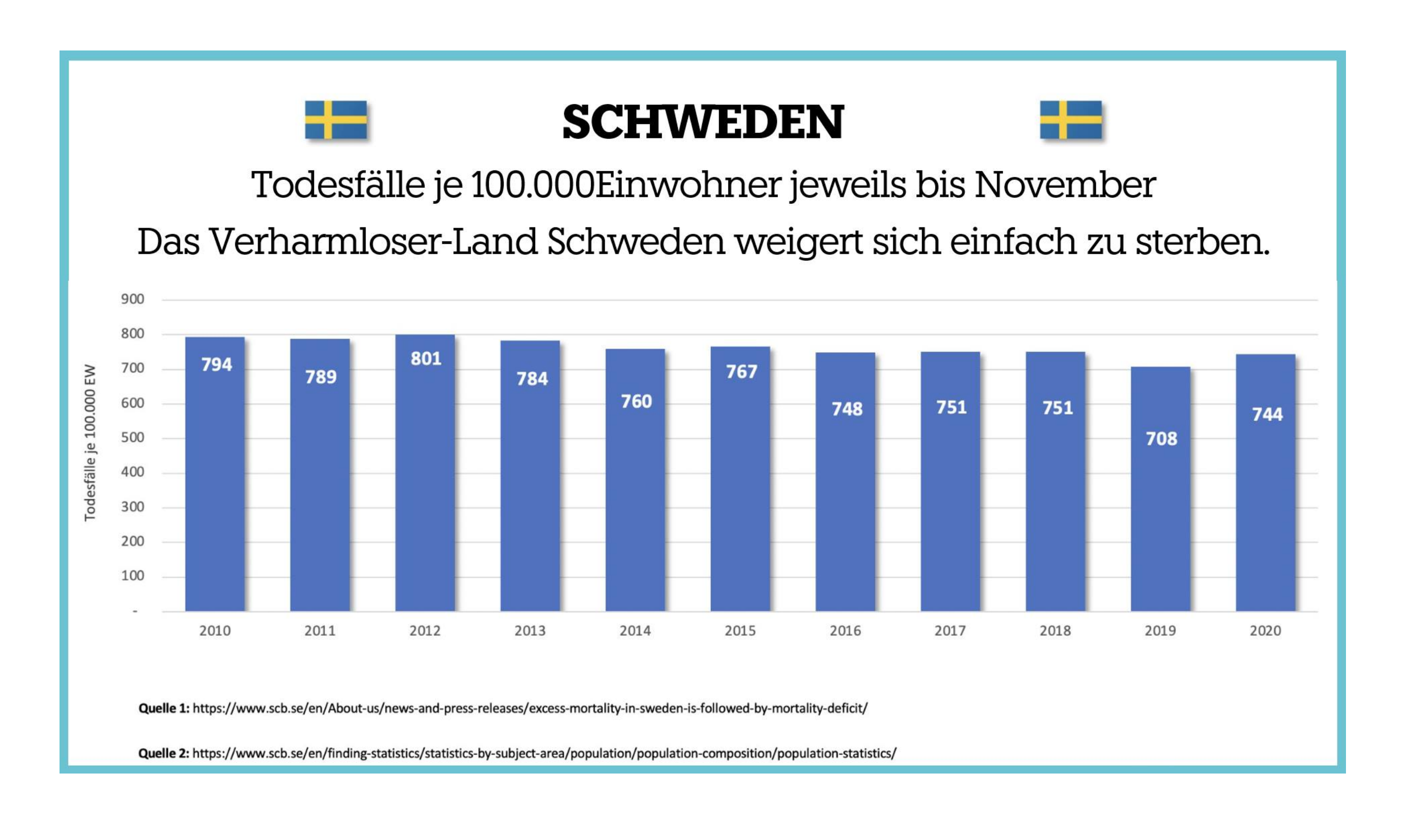


Auch zur Klarstellung, die Schweden haben sehr geringe Einschränkungen verhängt und KEINEN Lockdown durchgeführt, darum ist auch hier keine erhöhte Sterberate entstanden.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504



Zu 7. Punkt a: Zulassungsstopp für Telekopierte Zulassungsverfahren:[23]

„Am 01.12.2020 habe ich zusammen mit dem Ex-Pfizer-Forschungsleiter Dr. Michael Yeadon bei der EMA, der European Medicine Agency, die für die EU-weite Arzneimittelzulassung zuständig ist, am 01. Dezember 2020 einen Antrag auf die sofortige Aussetzung sämtlicher SARS-CoV-2-Impfstoffstudien, insbesondere die Studie von BioNtech/Pfizer zu BNT162b (EudraCT-Nummer 2020-002641-42) gestellt.

Wir fordern, dass die Studien – zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Probanden – erst dann fortgesetzt werden, wenn ein Studienkonzept vorliegt, das geeignet ist, den erheblichen Sicherheitsbedenken, die von immer mehr namhaften WissenschaftlerInnen gegen den Impfstoff und das Studiendesign geäußert wird, Rechnung zu tragen.

Als Petenten fordern wir zum einen, dass wegen der bekannten mangelnden Treffsicherheit des PCR-Tests bei einer seriösen Studie mit einer sogenannten Sanger-Sequenzierung gearbeitet werden muss. Nur so lassen sich verlässliche Aussagen zur Wirksamkeit eines Impfstoffes gegen Covid-19 treffen. Auf der Basis der vielen unterschiedlichen PCR-Tests von höchst unterschiedlicher Qualität sind weder das Erkrankungsrisiko noch ein möglicher Impfnutzen mit der nötigen Sicherheit bestimmbar. Allein deshalb sind solche Testungen von Impfstoffen am Menschen per se unethisch.

---

23 Zulassungstopp bei EMA: https://www.dropbox.com/s/k57er1i65x1i154/Wodarg_Yeadon_EMA_Petition_Pfizer_Trial_FINAL_01DEC2020_signed_with_Exhibits_geschw%C3%A4rzt-1.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Des Weiteren fordern wir, dass vorher ausgeschlossen werden muss, dass sich bereits aus früheren Studien bekannte Risiken, die teilweise aus der Natur der Corona-Viren herrühren, gefährlich auswirken können.“

Zu 7. Punkt b: Unsere Bedenken richten sich dabei insbesondere auf folgende Punkte:

Die Bildung sogenannter “nicht-neutralisierender Antikörper” kann speziell dann, wenn Probanden nach der Impfung mit dem echten, dem “wilden” Virus konfrontiert sind, zu einer überschiessenden Immunreaktion führen. Diese sogenannte antikörperabhängige Verstärkung, ADE, ist z.B. lange aus Experimenten mit Corona-Impfstoffen bei Katzen bekannt. Im Verlauf dieser Studien sind alle Katzen, welche die Impfung zunächst gut vertragen hatten, gestorben, nachdem sie mit echten Coronaviren infiziert wurden. Durch Wirkverstärker wird diese Überreaktion weiter begünstigt.

Von den Impfungen wird erwartet, dass sie Antikörper gegen Spike-Proteine von SARS-CoV-2 hervorrufen. Spike Proteine enthalten aber unter anderem auch Syncytin-homologe Proteine, die bei Säugetieren, wie dem Menschen, wesentliche Voraussetzung für die Ausbildung der Plazenta darstellen. Es muss unbedingt ausgeschlossen werden, dass ein Impfstoff gegen SARS-CoV-2 eine Immunreaktion gegen Syncytin-1 auslöst, da sonst Unfruchtbarkeit von unbestimmter Dauer bei geimpften Frauen die Folge sein könnte.

In den mRNA-Impfstoffen von BioNTech/Pfizer ist Polyethylenglykol (PEG) enthalten. 70% der Menschen bilden Antikörper gegen diesen Stoff aus – das bedeutet, viele Menschen können allergische, möglicherweise tödliche Reaktionen auf die Impfung entwickeln.

Die viel zu kurze Studiendauer läßt eine realistische Abschätzung der Spätfolgen nicht zu. Wie bei den Narkolepsie-Fällen nach der Schweinegrippe-Impfung würden bei einer geplanten Notzulassung Spätfolgen erst dann beobachtet werden können, wenn es für Millionen Geimpfte bereits zu spät ist. Regierungen planen, Millionen gesunder Menschen nicht hinnehmbaren Risiken auszusetzen und diese durch diskriminierende Einschränkungen für Ungeimpfte zur Impfung zu nötigen.

Gleichwohl haben BioNTech/Pfizer offenbar am 01. Dezember 2020 einen Antrag auf Notfall-Zulassung gestellt.Wissenschaftliche Verantwortung zwingt uns zu dieser Aktion.“

Zu 7. Punkt c: Kein Wunder, dass sie ihre eigenen Aktien schnell verkaufen!

Hier[24] ein ernüchternder wissenschaftlicher Kommentar im British Medical Journal (BMJ) zur euphorischen Ankündigung der Impfstoffhersteller, den ich in deutscher Fassung HIER gern wiedergebe.

Zur Vorbeugung von nur einem Covid-19-Fall müssen beim BioNTech/Pfizer Impfstoff 256 Personen geimpft werden. Bei MODERNA wären es 177. Die risikoreichen gentechnischen "Impfungen" helfen also nur bei 0,35% bzw. 0,56% der Geimpften. Das ist ein extrem schlechtes Nutzen-Risiko-Verhältnis.

---

24 Wissenschaftlicher Kommentar BMJ https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4347/rr-4

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Denn die anderen 255 bzw. 176 Personen haben keinen Nutzen, sind aber den unerwünschten Wirkungen der Impfstoffe ausgesetzt, wie immer diese auch sein mögen und wann immer wir von ihnen erfahren. Ein BioNTech Top Manager hat wohl geahnt, dass andere besser rechnen können als die Bundesregierung und soll noch am selben Tag seine eigenen Aktien in Millionenhöhe verkauft haben.

Für den heute von Moderna mit großer Presse vorgestellten Test gilt eine ähnlich geringe Schutzwirkung gegen Covid-19, eine Infektion, die nichts weiter ist als ein Teil der jährlichen Grippe.

Vax	Necessary Number to Treat	Actual Risk Reduction
Pfizer/BioNTech	256	0,35%
MODERNA	177	0,56%

Zu 7. Punkt d: Die "95% wirksamen" Impfstoffe von Pfizer und Moderna - seien wir vorsichtig und sehen wir uns erst die vollständigen Daten an:

Übersetzung des Originalartikel:

26. November 2020[25]

Nur volle Transparenz und eine strenge Prüfung der Daten werden eine informierte Entscheidungsfindung ermöglichen, argumentiert Peter Doshi.

In den Vereinigten Staaten sind alle Augen auf Pfizer und Moderna gerichtet. Die Topline-Wirksamkeitsergebnisse ihrer experimentellen Covid-19-Impfstoffstudien sind auf den ersten Blick verblüffend.

Laut Pfizer wurden 170 Covid-19-Fälle (bei 44.000 Freiwilligen) verzeichnet, mit einer bemerkenswerten Aufteilung: 162 in der Placebo-Gruppe gegenüber 8 in der Impfstoffgruppe. Moderna sagt unterdessen, dass 95 von 30.000 Freiwilligen in der laufenden Studie 19 Covid-Fälle hatten: 90 auf Placebo gegenüber 5, die den Impfstoff erhielten, so dass beide Unternehmen eine Wirksamkeit von rund 95% beanspruchen können.

Lassen Sie uns das in die richtige Perspektive rücken. Erstens wird von einer relativen Risikominderung berichtet, nicht von einer absoluten Risikominderung, die weniger als 1% zu betragen scheint. Zweitens beziehen sich diese Ergebnisse auf den primären Endpunkt der Studie, nämlich Covid-19 von im Wesentlichen beliebiger Schwere, und, was wichtig ist, weder auf die Fähigkeit des Impfstoffs, Leben zu retten, noch auf die Fähigkeit, Infektionen zu verhindern, noch auf die Wirksamkeit in wichtigen Untergruppen (z.B. gebrechliche ältere Menschen). Diese sind nach wie vor unbekannt.

[25] Peter Doshi, Mitherausgeber, Das BMJ. https://blogs.bmj.com/bmj/2020/11/26/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-lets-be-cautious-and-first-see-the-full-data/

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Drittens spiegeln diese Ergebnisse einen Zeitpunkt relativ kurz nach der Impfung wider, und wir wissen nichts über die Wirksamkeit des Impfstoffs nach 3, 6 oder 12 Monaten, so dass wir diese Wirksamkeitszahlen nicht mit anderen Impfstoffen wie Grippeimpfstoffen (die über eine Saison beurteilt werden) vergleichen können. Viertens wurden Kinder, Jugendliche und immungeschwächte Personen weitgehend von den Studien ausgeschlossen, so dass uns immer noch keine Daten über diese wichtigen Bevölkerungsgruppen vorliegen.

Ich habe bereits früher argumentiert, dass die Studien den falschen Endpunkt untersuchen und dass es dringend notwendig ist, den Verlauf zu korrigieren und wichtigere Endpunkte wie die Prävention schwerer Krankheiten und die Übertragung bei Menschen mit hohem Risiko zu untersuchen. Doch obwohl es Regulierungsmechanismen gibt, die den Zugang zu den Impfstoffen sicherstellen und gleichzeitig die Zulassungsgrenze hoch halten (was es ermöglichen würde, dass plazebokontrollierte Studien lange genug dauern, um die wichtige Frage zu beantworten), kann man sich nur schwer des Eindrucks erwehren, dass die Sponsoren den Sieg beanspruchen und ihre Studien abschliessen (Pfizer hat den Studienteilnehmern bereits einen Brief geschickt, in dem der "Übergang" vom Plazebo zum Impfstoff diskutiert wird), und die FDA wird nun unter enormem Druck stehen, die Impfstoffe rasch zuzulassen.

Doch während sich die Gespräche auf die Verteilung der Impfstoffe verlagern, sollten wir die Beweise nicht aus den Augen verlieren. Eine unabhängige Prüfung der zugrunde liegenden Studiendaten wird das Vertrauen und die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse erhöhen. Es könnte auch wichtige Einschränkungen der Studienergebnisse geben, derer wir uns bewusst sein müssen.

Am entscheidendsten ist, dass wir datengestützte Zusicherungen brauchen, dass die Studien nicht versehentlich unverblindet waren, d.h. dass die Prüfer oder Freiwilligen vernünftige Vermutungen darüber anstellen konnten, zu welcher Gruppe sie gehörten. Verblindung ist am wichtigsten bei der Messung subjektiver Endpunkte wie dem symptomatischen Covid-19, und Unterschiede bei den Nebenwirkungen nach der Injektion zwischen Impfstoff und Placebo hätten eine fundierte Vermutung ermöglichen können.

Frühere plazebokontrollierte Studien mit einem Grippeimpfstoff waren nicht in der Lage, die Verblindung des Impfstatus vollständig aufrechtzuerhalten, und das jüngste Missgeschick mit der "halben Dosis" in der Oxforder Covid-19-Impfstoffstudie wurde offenbar nur wegen milderer als erwarteter Nebenwirkungen bemerkt. (Und das ist nur eine von vielen Bedenken im Zusammenhang mit der Oxford-Studie).

Im Gegensatz zu einem normalen Kochsalzlösungs-Placebo legten frühe Phasenstudien nahe, dass systemische und lokale unerwünschte Ereignisse bei den Empfängern des Impfstoffs häufig auftreten. In einer Pfizer-Studie zum Beispiel litten mehr als die Hälfte der geimpften Teilnehmer an Kopf-, Muskel- und Schüttelfrostschmerzen - aber die Studien der frühen Phase waren klein, mit großen Fehlermargen bei den Daten. Aus den großen Phase-3-Studien sind bisher nur wenige Details bekannt geworden. In der Pressemitteilung von Moderna heißt es, dass 9% eine Myalgie des Grades 3 und 10% eine Müdigkeit des Grades 3 erlebten; Pfizers Aussage berichtete, dass 3,8% eine Müdigkeit des Grades 3 und 2% Kopfschmerzen des Grades 3 hatten. Unerwünschte Ereignisse des Grades 3 gelten als schwerwiegend, definiert als Verhinderung täglicher Aktivitäten. Leichte und mittelschwere Reaktionen werden mit Sicherheit weitaus häufiger auftreten.

Eine Möglichkeit, wie die Rohdaten der Studie ein fundiertes Urteil darüber erleichtern könnten, ob sich eine mögliche Entblindung auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnte, besteht darin, zu analysieren, wie oft Personen mit Symptomen von Covid-19 für einen bestätigenden SARS-CoV-2-

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Test überwiesen wurden. Ohne eine Überweisung zum Test könnte ein Verdachtsfall auf Covid-19 nicht zu einem bestätigten Covid-19-Fall werden und ist daher ein entscheidender Schritt, um als Primärereignis gezählt zu werden: laborbestätigtes, symptomatisches Covid-19. Da einige der unerwünschten Reaktionen auf den Impfstoff selbst auch Symptome von Covid-19 sind (z.B. Fieber, Muskelschmerzen), könnte man erwarten, dass ein weitaus größerer Anteil der Personen, die den Impfstoff erhalten, Abstriche gemacht und auf SARS-CoV-2 getestet wurde als diejenigen, die ein Placebo erhielten.

Dies setzt voraus, dass alle Personen mit Symptomen getestet werden, wie man es erwarten könnte. Die Studienprotokolle für die Studien von Moderna und Pfizer enthalten jedoch explizite Formulierungen, die die Prüfärzte anweisen, ihr klinisches Urteilsvermögen zu nutzen, um zu entscheiden, ob Personen für Tests überwiesen werden sollen. Moderna drückt es so aus:

"Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass sich einige der Symptome von Covid-19 mit erbetenen systemischen ARs überschneiden, die nach der Impfung mit mRNA-1273 zu erwarten sind (z.B. Myalgie, Kopfschmerzen, Fieber und Schüttelfrost). In den ersten 7 Tagen nach der Impfung, wenn diese erwünschten ARs häufig auftreten, sollten die Prüfärzte nach ihrem klinischen Urteilsvermögen entscheiden, ob ein NP-Abstrich entnommen werden sollte".

Dies läuft darauf hinaus, die Untersucher aufzufordern, Vermutungen darüber anzustellen, in welcher Interventionsgruppe sich die Patienten befanden. Aber wenn sich die Krankheit und die Impfstoffnebenwirkungen überschneiden, wie soll ein Kliniker dann ohne Test die Ursache beurteilen? Und warum wurden sie überhaupt gefragt?

Wichtig ist, dass sich die Anweisungen nur auf die ersten sieben Tage nach der Impfung beziehen, so dass unklar bleibt, welche Rolle die Beurteilung durch den Kliniker in den entscheidenden Tagen danach spielen könnte, wenn die Fälle von Covid-19 zum primären Endpunkt gezählt werden könnten. (Bei Pfizer 7 Tage nach der 2. Dosis, bei Moderna 14 Tage).

In einer ordnungsgemäßen Studie hätten alle Fälle von Covid-19 aufgezeichnet werden müssen, unabhängig davon, in welchem Arm der Studie der Fall auftrat. (Aus epidemiologischer Sicht sollte es keine Verzerrung bei der Feststellung oder einen differentiellen Messfehler geben). Das ist in der Covid-Ära sogar zum gesunden Menschenverstand geworden: "Test, Test, Test."

Aber wenn nicht allen Personen mit Covid-19-Symptomen Überweisungen für Tests zur Verfügung gestellt wurden - z.B. weil man davon ausging, dass die Symptome auf Nebenwirkungen der Impfstoff-Fälle zurückzuführen waren -, konnte es ungezählt bleiben.

Auch Daten über schmerz- und fiebersenkende Medikamente verdienen eine Überprüfung. Symptome, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion zurückzuführen sind (z.B. Fieber oder Körperschmerzen), können durch schmerz- und fiebersenkende Medikamente unterdrückt werden. Wenn die Personen in der Impfstoffsparte solche Medikamente prophylaktisch, häufiger oder über einen längeren Zeitraum eingenommen hätten als die Personen in der Placebo-Sparte, hätte dies zu einer stärkeren Unterdrückung der Covid-19-Symptome nach einer SARS-CoV-2-Infektion in der Impfstoffsparte führen können, was sich in einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Verdachts auf Covid-19, einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Tests und damit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, den primären Endpunkt zu erreichen, niedergeschlagen hätte. Aber in einem solchen Szenario wurde die Wirkung durch die Medikamente und nicht durch den Impfstoff ausgelöst.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Weder Moderna noch Pfizer haben Proben des schriftlichen Materials, das den Patienten zur Verfügung gestellt wurde, freigegeben, so dass unklar ist, welche Anweisungen den Patienten gegebenenfalls bezüglich der Verwendung von Medikamenten zur Behandlung von Nebenwirkungen nach der Impfung gegeben wurden, aber die Einverständniserklärung für die Impfstoffstudie von Johnson and Johnson enthält eine solche Empfehlung:

"Nach der Verabreichung von Ad26.COV2.S scheinen Fieber, Muskelschmerzen und Kopfschmerzen bei jüngeren Erwachsenen häufiger aufzutreten und können schwerwiegend sein. Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen die Einnahme eines Fiebersenkers oder Schmerzmittels, wenn nach der Impfung oder auf Empfehlung Ihres Studienarztes Symptome auftreten".

Die Ankündigung "95% wirksam" ist möglicherweise viel komplexer, als es auf den ersten Blick scheint - oder vielleicht auch nicht. Nur vollständige Transparenz und eine strenge Prüfung der Daten ermöglichen eine fundierte Entscheidungsfindung. Die Daten müssen veröffentlicht werden.

Peter Doshi, Mitherausgeber, Das BMJ.

Zu 7. Punkt e: Die Impfaktion – Nutzen für wenige, Schaden für viele
von Wolfgang Wodarg[26]

Es ist immer der gleiche Trick:

Eine Krankheit wird unter der medialen Lupe vergrößert und als möglichst schreckliche Gefahr präsentiert. Das mögen Medien ja gern. Durch solches Agenda-Setting merken die meisten Menschen erstmalig, dass es die angeblich gefährliche Krankheit überhaupt gibt. Das war früher bei Seuchen anders. Den Rest erledigen korrupte Politiker und Wissenschaftler.

Und wenn die Angst groß genug ist, müssen Regierungen natürlich reagieren. Bisher haben sie bei „Pandemien“ immer nur Impfstoffe finanziert, aufgekauft und für Impfungen die Werbung übernommen.

Jetzt helfen sie sogar selbst mit, die Angst vor der „Seuche“ zu organisieren. Es gibt auch genügend Weißkittel, die sich immer wieder dafür hergeben. Schließlich locken Popularität und Forschungsgelder. Die roten Lichter bei Ärzten und Patienten müssten spätestens jetzt angehen, wo die Kanzlerin versucht, nach den nicht für Diagnosen zugelassenen und ungeeigneten PCR-Tests auch noch unausgereifte gentechnische „Massenimpfungen“ durchzusetzen. Sie plant das unter dem absurden Deckmantel einer epidemiologischen Notlage nationalen Ausmaßes, und zwar flächendeckend und an den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorbei.

Bekannte Angstmacher als Wegbereiter des großen Geschäfts

Die gemeinsame Panikmache von Drosten, Lauterbach, Söder oder Merkel entbehrt jeder medizinisch-wissenschaftlichen [Grundlage.](Lauterbach) läuft jetzt zum Beispiel wieder Amok mit einer [peinlich schlechten](Studie), Marke „Imperial College“. Diese Panikschmiede hat schon bei Vogel- und Schweinegrippe unter Mitwirkung des berüchtigten Neil Ferguson die unverschämtesten Angstszenarien aus ihren Rechnern gezaubert. Jetzt soll uns Covid-19 also auch noch langfristig die Verstandesleistung mindern. Ob der politische Wahnsinn damit zu tun hat?

---

[26] Originalbericht Rubikon: https://www.rubikon.news/artikel/die-wahre-seuche

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Es gibt verlässlichere Ratgeber – auch im RKI

Da halte ich mich – wie schon viele Jahre – lieber an die sauberen Epidemiologen des Robert Koch-Instituts (RKI), die uns gerade jetzt, Ende Oktober 2020, während des Test-Tsunamis und vor dem zweiten Lockdown berichten: *„Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 43. KW 2020 in insgesamt elf (39 Prozent) der 28 eingesandten Sentinelproben ausschließlich Rhinoviren identifiziert. In keiner der untersuchten Sentinelproben wurden Influenzaviren oder SARS-CoV-2 identifiziert. Aufgrund der geringen Zahl eingesandter Proben ist keine robuste Einschätzung zu den derzeit eventuell noch zirkulierenden Viren möglich."* Da die Virus-Proben sonst in Grippewellen tausendfach bei Menschen mit Atemwegserkrankungen genommen werden, fragt man sich: Weshalb werden jetzt so wenige reguläre Proben genommen? Ist denn keiner mehr krank?

Impfung wegen falscher Diagnosen?

Das Auseinanderdriften von hohen PCR-Testzahlen mit den entsprechend höheren falsch positiven Testergebnissen einerseits und von amtlichen Dokumentationen einer milde verlaufenden Herbstsaison andererseits beweist selbst für medizinische Laien, dass der PCRTest nichts über klinische Befunde, Infektionen oder Infektiosität aussagt. Er ist als Maßstab für die Entscheidungen über Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) völlig ungeeignet und fehlweisend.

„Augen zu und durch" scheint die Parole

Aber die Politik schert sich derzeit nicht um evidenzbasierte Medizin, und die Nationalen Ethikräte und Impfkommissionen fragen offenbar gar nicht mehr nach der Indikation von Maßnahmen, sondern streiten sich um Priorisierung, nach dem Motto: Wer kommt zuerst in den Genuss der neuen „Impfstoffe" und wer muss leider warten. Die sogenannte Covid-19- Schutzimpfung kann die schädlichste dieser Maßnahmen werden. Sie ist bereits aus unseren Beiträgen und Steuern finanziert und ist in Wirklichkeit eine flächendeckende Riesenbeobachtungsstudie mit neuartigen gentechnischen Manipulationen unserer Immunsysteme.

Gentechnik unter falscher Flagge

Was derzeit etwa 200 Unternehmen und Konsortien weltweit erforschen und so schnell wie möglich vermarkten wollen, das sind zu einem großen Teil neue und hochriskante gentechnische Eingriffe in komplexe biologische Kommunikationsprozesse unseres Immunsystems. Eingriffe, die an gesunden Menschen in bisher nie versuchtem Ausmaß durchgezogen werden sollen.

Während der Schweinegrippe-Aufregung und mitten im anlaufenden Bundestagswahlkampf 2009 hat die Impfstofflobby mithilfe ihr geneigter VolksvertreterInnen die Anwendung rekombinanter Nukleinsäuren am Menschen als „Impfung" im Arzneimittelgesetz verstecken lassen. Das geschah in der letzten Sitzung vor der Wahlkampf-Sommerpause ohne jede Debatte und wurde klammheimlich zu Protokoll gegeben. Die Unternehmen und ihre politische Lobby versuchen auch jetzt schönfärbend uns damit einzulullen, dass es ja eine normale Impfung sei. Nur wenn sich möglichst alle „impfen" ließen, wäre endlich die Erlösung von der bedrohlichen Last einer tödlichen Pandemie möglich. Erst wenn eine Impfung für alle da sei, werde man die Pandemie beenden, verkündete Frau von der Leyen auf ihrer „Spendenkonferenz" im Chor mit den Regierungschefs fast ganz Europas bereits im Frühjahr 2020.

Null Risiko und hohe Gewinne

AstraZeneca, BioNTech/Pfizer, Sanofi/GSK, Merck/Uni Oxford, CureVac, Biologika, CEVEC, ARTES, Vibalogics/Janssen, Moderna/NIAID, Novavax [und](weitere) stehen in den Startlöchern

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

und sind dabei, die geförderten „teleskopierten“ Studien möglichst ohne Skandale und ohne Aufsehen im Rahmen einer „rollenden“ Zulassung abzuschließen. Sie können das relativ entspannt rollen lassen, denn durch die versprochenen Haftungsfreistellungen, Steuerzuschüsse in Milliardenhöhe und die Abnahmegarantien für Hunderttausende von Impfdosen haben sie ihr Geschäft praktisch schon in der Tasche. Bei der Schweinegrippe war es ja so ähnlich. Selbst die über 20 Millionen mit Wirkverstärkern gepanschten Impfdosen, die uns bei der Schweinegrippe durch kritische Fach-, Haus- und Kinderärzte erspart blieben, waren ja schon bezahlt. Sie konnten ruhig entsorgt werden und brachten Glaxo und Mitbewerbern trotzdem weltweit sorgenfreie Renditen in Milliardenhöhe.

SARS-CoV-2: Wie viele neue Viren sind das?

Angeblich stehen jetzt ein Vector-„Impfstoff“ von AstraZeneca und ein mRNA-„Impfstoff“ von BioNTech/Pfizer mit ihren gentechnischen Molekülen kurz davor, Millionen Menschen zu coronaresistenten gentechnisch veränderten Organismen (GMOs) zu machen. Dabei wissen wir eigentlich gar nicht so richtig, gegen welche Coronaviren es eigentlich zu kämpfen gilt, denn ähnlich, wie wir es von Influenzaviren kennen, ändern auch Coronaviren laufend viele ihrer Gen Abschnitte. Die ursprünglichen „SARS“-Coronaviren aus Wuhan sind längst nicht mehr auffindbar. Hunderte von weiteren Wuhan-Varianten sind inzwischen verbreitet, gefunden und sequenziert worden. Und was man jetzt vor allem findet, sind nur positive PCR-Tests, die ja bekanntlich mit unterschiedlichsten Corona-Varianten reagieren.

Impfzentren sollen die Arztpraxen ersetzen

Die Bundesländer wurden vom Bundesgesundheitsminister in der letzten Oktoberwoche aufgerufen, überall in Deutschland die Einrichtung von insgesamt circa 60 Impfzentren vorzubereiten und bis zum 10. November 2020 die Lieferadressen für Impfstoffe zu melden. Dabei sollen die Gesundheitsämter mitwirken. Aber auch an die Umrüstung von derzeit ja ohnehin stillgelegten Kongress- oder Konzerthallen [ist gedacht](Tagesschau vom 23.10.2020).

Damit wird erstmals der normale Impfbetrieb weitgehend aus den Arztpraxen in
Einrichtungen verlegt, die – wie schon die PCR-Testungen – hauptsächlich in der Hand von großen privaten Laboren und Dienstleistern betrieben werden.

Als Rechtfertigung für die Umgehung der zunehmend kritischen Ärzteschaft werden technische Besonderheiten einiger neuerer Verfahren vorgeschützt. Der neue mRNA - „Impfstoff“ müsse tiefgefroren bei -20 beziehungsweise bis unter -80 Grad Celsius gelagert und transportiert werden. Er dürfe dann, wenn er zur Injektion vorbereitet sei, höchstens wenige Stunden im Kühlschrank aufbewahrt werden. Das sei nach Auskunft aus der Industrie deshalb erforderlich, weil man in der kurzen Entwicklungszeit nicht auch noch ein Verfahren entwickeln könne, welches auch die Stabilität bei normalen Kühlschranktemperaturen garantiere.

Logistikunternehmen profitieren auch

Die Großen in der Logistikbranche wie DHL, Fedex und UPS reiben sich die Hände und bereiten sich mit viel staatlicher Unterstützung offenbar bereits auf ein Riesengeschäft mit der coolen [Logistik vor.](Handelsblatt) [und](Deutsche Welle) berichteten, dass die Firmen mehrere große Kühlhäuser möglichst in der Nähe von Flughäfen aufbauen, in denen Hunderte von großen Tiefkühlschränken stehen sollen, welche jeweils einige zehntausend Impfdosen fassen können. Auch die Hersteller solcher Kühlschränke – das Handelsblatt nennt zum Beispiel die schwäbische

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Firma Binder aus Tuttlingen – gehören zu den Kriegsgewinnlern in diesem Krieg gegen Testergebnisse. Es gibt also viele, für die auch dieser Wahnsinn ein gutes Geschäft verspricht.

Dabei ginge es durchaus unkomplizierter und billiger, denn alternativ wäre natürlich auch die Nutzung einer herkömmlichen aktualisierten Corona-Antigenkomponente in der jährlichen Influenza-Impfmixtur möglich. Dass damit die jährlichen Grippewellen irgendwie wesentlich entschärft würden, konnte allerdings auch noch nicht gezeigt werden. Auch ließe sich mit einer derart üblichen Impfkampagne weder ein großes Geschäft noch ein politischer
„Reset" inszenieren beziehungsweise begründen.

Impfberatung und individuelle Indikation adé

Die angebliche technische Überforderung einiger sehr einflussreicher Impfstoffhersteller soll jetzt dafür herhalten, dass eine sonst immer geforderte [ärztlich-individuelle](Impfberatung) nicht mehr so wichtig genommen wird. Ich halte die Begründung für ein vorgeschobenes Argument. Seit Jahrzehnten werden empfindliche Impfstoffe zentral gelagert und dezentral angewendet. Auch werden bisher schon einige Blutprodukte oder Vakzinen durch Kühlketten mit Trockeneis in die Arztpraxen geliefert und können dort fachgerecht verwendet werden. Das ist in den Praxen hauptsächlich eine Frage der Terminierung und der Praxislogistik.

Gerade bei den geplanten neuartigen Eingriffen in die Abläufe des Immunsystems sind anamnestisches Wissen und eine individuelle ärztliche Impfberatung erforderlicher denn je. Denn es droht eine Unzahl individuell unterschiedlicher Komplikationen und Nebenwirkungen. Es wäre – auch wenn durch Notverordnungen rechtlich möglich gemacht – grobe Fahrlässigkeit, die Eingriffe von patientenfernen Hilfskräften in Massenaktionen durchführen zu lassen.

Rollende Zulassung und systematisches Ausblenden von Nebenwirkungen Das bei den zugestandenen „rollenden" Zulassungen der Impfstoffe unvermeidlich höhere Risiko für „Geimpfte" soll angeblich dadurch ausgeglichen werden, dass die Firmen Anwendungsbeobachtungen, Beobachtungsstudien beziehungsweise Post-Marketing-Studien durchführen müssen. Es geht um die wachsame Beobachtung möglicher unerwünschter Wirkungen von Arzneimitteln, im Fachjargon: Pharmakovigilanz. Was aber von der jetzt vorgesehenen Art der Pharmakovigilanz zu halten ist, haben wir in der Arbeitsgruppe Gesundheit bei Transparency International bereits vor Jahren untersucht und angeprangert.

Im Falle der jetzt geplanten gentechnischen Veränderungen bei Millionen gesunder Menschen in kürzester Zeit ist so ein Vorgehen mehr als grob fahrlässig. Wenn nur bei einem von tausend Geimpften eine ernste Nebenwirkung aufträte, dann wären das in Deutschland Zigtausende von Autoimmunerkrankungen, Lähmungen oder sogar Todesfällen. Viel mehr Schaden, als alle „Pandemien" der letzten zwanzig Jahre haben anrichten können.

Beim Schlachtvieh gibt es keine chronischen Krankheiten"

Bei Massenimpfungen in Hühner- oder Schweinemastanlagen dauert die Nachbeobachtungszeit aus naheliegenden Gründen höchstens bis zum geplanten Schlachttermin. Also nur Wochen bis Monate. Den Virologen und Epidemiologen aus der Veterinärmedizin sei zugerufen: Menschen sind kein Schlachtvieh und wollen lange leben und ohne schädliche Arzneimittelnebenwirkungen gesund bleiben. Doch auch in der Humanmedizin minimiert die Pharmaindustrie aus geschäftlichen Gründen ihr Interesse an Spätwirkungen. Deshalb gibt es über derartige, später auftretende Impffolgen sehr wenig Wissen. Contergan läßt grüßen.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Bei gentechnischen Veränderungen sind außerdem generationsübergreifende Wirkungen über die Keimbahn nicht kategorisch auszuschließen, sondern sollten Teil von Technologiefolgen-abschätzungen und Pharmakovigilanz sein. Im Gesundheitsausschuss des undestages habe ich mich vehement, aber vergeblich dagegen gewehrt, dass Überwachung, Erfassung und Auswertung von Arzneimittelnebenwirkungen in den Händen derselben Behörden liegen, welche die Medikamente für eine Vermarktung zulassen. Das ist leider aber immer noch der Fall. Am liebsten würde natürlich die Pharmaindustrie diese Überwachung in Eigenverantwortung erledigen, als „freiwillige Selbstkontrolle“. Wegen der Lockerungen des Datenschutzes durch den jetzigen Gesundheitsminister und wegen seiner engen Kooperation mit der Datenwirtschaft und der Pharma- und Impfstoffindustrie sind wir nicht mehr weit von einer solchen feindlichen Übernahme öffentlicher Aufgaben entfernt.

Die Angst vor einer Seuche als Erntehelfer für Big Data

Die großen Datenfirmen reiben sich ohnehin die Hände, denn für sie kam die „Pandemie“wie gerufen. Nach einigen Gefälligkeiten des Gesundheitsministers im Vorjahr – digitalerImpfausweis, elektronische Patientenakte, Implantate-Register, gematik-Übernahme et cetera– schlagen sie jetzt mit Kontakt-Apps, Registrierung von Getesteten, mit Meldungen überKontakte, Mobilität und Hygienedisziplin so richtig zu. Sogar aufgetretene Symptome sollenin Zukunft zentral gesammelt werden. Da so etwas die staatliche Verwaltung überfordert, freuen sich die großen Datenfirmen nicht nur über staatliche Aufträge, sondern haben auch noch unsere intimsten Gesundheitsdaten in ihren Rechnern. Der Datenschutz wird natürlich zugesichert.

So werden wir langsam zur gläsernen Gesellschaft. Unter dem Vorwand von medizinischer Forschung oder eines Gesundheitsmonitorings werden jetzt immer vollständiger unsere Gesundheitsdaten von der Wiege bis zur Bahre gesammelt. Bei Covid-19 angeblich zur seuchenprophylaktisch notwendigen Auswertung und zur Erforschung und Verbesserung
neuer Impfstoffe.

Aber was interessiert Google, Apple, Amazon, Microsoft, SAP, Avarto/Bertelsmann und andere schon unsere Gesundheit? Sie brauchen unsere Daten als das „Gold der Zukunft“ für ihre Geschäfte, denn primär müssen sie nicht uns versorgen, sondern ihre Aktionäre.

Das sind zwar legitime Eigeninteressen, aber es ist nicht legitim, wenn ein Lobbyist im Ministeramt sein öffentliches Amt missbraucht, um die Wirtschaft durch hektische Datengesetze und Notverordnungen mit unseren Gesundheitsdaten zu füttern. Was hat er davon? Kann man das mal untersuchen? Korruption und Amtsmissbrauch waren in Deutschland bisher der Strafverfolgung zugänglich.

Keine gute Therapie ohne saubere Diagnose

Ob etwas gefährlich ist, erkennt man am besten an den Schäden, die es anrichtet. Die gilt es rechtzeitig zu erkennen und genau, systematisch und prospektiv zu beobachten. Zum Beispiel durch Sentinels, wie das RKI sie betreibt oder wie ein verantwortungsbewusster Amtsarzt aus Bayern und andere es vorschlagen. Immer häufiger kommen auch Klinikärzte in mehreren Ländern aus der Deckung und fragen nach den angeblich so vielen Covid-19-Kranken. Es bezweifelt keiner, dass es Kranke mit Atemwegserkrankungen auch in diesem Jahr gibt, auch mit neuen Viren und mit schweren Verläufen. Und dass auch bei diesen der PCR-Test positiv ausfallen kann. Nur dass wir massenhaft Kranke haben, die wegen eines neuen Coronavirus die Klinikbetten überfüllen, das ist offensichtlich falsch. Auch zur Situation in den Ambulanzen der Kassenärzte habe ich gerade folgende entrüstete E-Mail bekommen:

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

„Erst gab es keinen Cent für die Tests, und viele Kollegen – fast alle bei uns in der Region – haben so gut wie gar nicht getestet. Nun bekommen wir für einen Test – Dauer: 1 Minute – beim gesunden Menschen mehr Geld (15 Euro) als für eine komplette Abdomen-Sonographie bei akutem Abdomen (15 Minuten für 12 Euro). Deshalb wird jetzt plötzlich überall getestet.“ Man erkennt auch hier: Die Viren sind nicht das Problem.

Die wahre Seuche ist die institutionelle Korruption
In meiner bisherigen Arbeit als Arzt, als Abgeordneter und als ehrenamtlicher Antikorruptionskämpfer habe ich mit den großen Playern in der Agrarindustrie, der Energiewirtschaft, der privaten Rüstungs- und „Sicherheits“-Industrie, der Medienwelt und natürlich besonders der Arzneimittel- und Impfstoffbranche genügend Beispiele für groß angelegten Wissenschaftsbetrug, fingierte Katastrophen, gekaufte Analysen und Faktenchecker, heimliche Lobbystrategien, Psyoping, Astroturfing, professionelle Störer, Provokateure oder Shitstormer sammeln können. Seit die einfache Beamtenbestechung immer mehr der privaten Übernahme ganzer Ämter und öffentlicher Institutionen gewichen ist, wird die Sache allerdings rechtlich sehr kompliziert. Sowohl für bezahltes Lobbying und Agenda-Setting als auch für Rechtsanwälte zur Verteidigung dagegen braucht man viel Geld.

Einige haben davon viel, und andere können sich das nicht leisten. Was wir jetzt erleben, ist das Ergebnis dieser gesellschaftlich desolaten Schieflage. Da hilft es auch nicht, wenn ein paar Milliardäre meinen, sie könnten die Rettung der Welt (ver)kaufen. Wie immer solche Rettung in den Köpfen selbsternannter Philanthropen auch aussehen mag, sie kann nur in Gewalt und Unterdrückung münden. Wie oft haben wir schon geglaubt, diese archaischen autokratischen Muster durch Menschenrechte, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit überwunden zu haben?

Noch gibt es leider keine Impfung gegen Korruption!!

Fazit: Wie man klar erkennen kann, ist eine mRNDA-Impfung noch NIE zugelassen worden, was bedeutet, dass keine klaren Forschungsergebnisse vorliegen oder alternativ von anderen Projekten hinzugezogen werden könnten. Die WHO (Nichtregierungsorganisation), zwingt die Nationalstaaten bei diesem Menschenexperiment kostenpflichtig mitzumachen. Kurz und Anschober sind blind und taub, wenn sie sogar eine indirekte und direkte Impfpflicht in Erwägung ziehen. Die vorgelegte Impfplan kommt einer vorsätzlichen §86 Körperverletzung mit eventueller Todesfolge nahe. Unklar ist, wer dafür die Haftung übernimmt.

Wir fordern den sofortigen Stopp dieses absurden Plans der Regierung, der Pharmaindustrie und der Lobbyisten!!!

Abschließende Einschätzung;

Die hier dargelegten Straftaten, die im öffentlichen Interesse stehen, werden hiermit zur Anzeige gebracht. Es wird die Aufhebung der politischen Immunität der fünf Beschuldigten und der mitbeschuldigten Abgeordneten gefordert.

Die Immunität (Art. 46 Abs. 2 GG) schützt nämlich nicht den Abgeordneten selbst vor Strafe (im Gegensatz zur Indemnität), sondern sie soll die Arbeitsfähigkeit des Parlaments sicherstellen. Sie kann daher auch vom jeweiligen Parlament aufgehoben werden. Die Gründe für eine Aufhebung wurden klar dargelegt, die strafbaren Handlungen der Regierung und der eingebundenen Abgeordneten entsprechen einem Offizialdelikt.

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Die angeführten Paragraphen des StGB sind als Vorschläge zu sehen, andere Paragrafen können die angeführten ersetzen. Da diese Anzeige mit dem Rechtsverständig des Einschreitens zusammengestellt wurde, hat eine eventuelle schriftliche Nachbesserung der Sach- und Beweislage zu erfolgen. Auch eine persönliche Aussage/Sachverhaltsdarstellung ist möglich.

Haftung laut Medizinproduktegesetz;

Der Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetzes ist ebenfalls sehr weit gefasst und regelt gem §1 MPG beispielsweise die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit von Medizinprodukten, die Sicherheit und Qualität, sowie auch den Betrieb und die Anwendung. Das MPG selbst sieht aber keine speziellen Regelungen betreffen die Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte vor.[27]

Der PCR-Drosten-(Blaupause)-Test darf nicht zur Diagnostik eingesetzt werden, auch nicht dafür, Infektionen oder infektiöse Personen zu erkennen.

Bemerkung:

Offizialdelikt Strafrecht & Strafprozessrecht

Ein Offizialdelikt ist eine strafbare Handlung, die die Staatsanwaltschaft von Amts wegen verfolgen muss. Ein Offizialdelikt kann von jeder Person angezeigt werden, die Kenntnis darüber erhält – die Anzeige kann auch nicht mehr zurückgezogen werden. Ein Sonderfall des Offizialdelikts ist das Ermächtigungsdelikt, das durch die Staatsanwaltschaft nur verfolgt wird, wenn der Betroffene die Staatsanwaltschaft dazu ermächtigt.

Wir bitten Sie dringend, die Ermittlungen zu den von uns angeführten Straftaten einzuleiten.

Wien am, 09.12.2020

Hochachtungsvoll

K. Haslauer

Konstantin Haslauer
CEO Karrierepilot24 Group
PROMKC24 a.s. Holding Vorstand/Owner

[27] EUgH Urteil - https://www.dropbox.com/s/aqbh0rw39rr5hbf/Die_Haftung_fuer_fehlerhafte_Medizinprodukte_unter_dem_Einfluss_der_Boston_Scientific_Urteile_des_EuGH.pdf?dl=0

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

Anlagen:

Anlage 1: Die Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte unter dem Einfluss der „BostonScientific"-Urteile des EuGH

Anlage 2: Austestung von Covid-19-Antigen Schnelltests im Vergleich zur PCR Diagnostik von KAGes

Anlage 3: 120 Expertenstimmen zu Corona

Anlage 4: Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken (aktuelle MNS Maske der Bürger) als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal.

Anlage 5: Interne Anweisung/strafrechtliche Androhung des Bildungsministerium an die Direktionen

Anlage 6: Der Impfaktivismus der Gates-Stiftung, oftmalige Treffen zwischen Kurz, Merkel und Bill Gates

Anlage 7: Der Pandemie Krimi, Dr. Wodarg

Anlage 8: Antrag gem. § 75 Abs. 1 GOG-NR, Ministeranklage gemäß Art. 142 Abs. 2 lit. b wider den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Rudolf Anschober

Anlage 9: 195 Eidesstattlicher Erklärung von Österreichischen Bürger, unterstützen die Strafanzeige (Anlagen werden gesondert eingebracht)

Anlage 10: VGH Urteil vom 01.10.2020, Massnahmen aufgehoben

Anlage 11: Offener Brief an den Bundespräsident

Anlage 12: Der PCR Test - Michael Yeadon, ehemaliger Vizepräsident von Pfizer

Anlage 13: Hohe Nebenwirkungen laut FDA Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee October 22, 2020 Meeting Presentation

Anlage 14: Antigen Test „Roche" keine sinnvolle Teststrategie

Endnoten Verzeichnis:

1. BM Bildung Anordnung: https://www.dropbox.com/s/mtn520w7iohq6v2/BM%20Bildung%20Anordung.pdf?dl=0

2. Drosten-Corman-Paper https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

3. Original Urteil Portugal zum nachlesen https://drive.google.com/file/d/1t1b01H0Jd4hs-MU7V1vy70yr8s3jlBedr/view

4. Englische Übersetzung Urteil Portugal https://lockdownsceptics.org/2020/11/16/latest-news-195/

5. Original Gutachten Traindl-consult https://www.dropbox.com/s/v4bv867ukamnw6f/CO2-Messungen-unter-MNS-Masken-06-11-2020.pdf?dl=0

6. Original Gutachten MNS Masken Kinder; https://www.dropbox.com/s/vvmvebsbc38qrra/Deutsche-Vorstudie-von-B.-Voehringer-und-weitere.pdf?dl=0

7. Koordinierungskreises für Biologische Arbeitsstoffe https://www.dropbox.com/s/gtaq3vebfawh01d/tragezeitbegrenzung_kobas_27_05_2020.pdf?dl=0

8. Der Standard https://www.derstandard.at/story/2000117131591/sitzungsprotokoll-der-taskforce-corona-ueber-zu-wenig-angst-in-der

9. Volksblatt https://volksblatt.at/corona-krise-bundeskanzler-kurz-stellt-handel-rueckkehr-in-aussicht/

10. ORF https://orf.at/stories/3157914/
Kleine Zeitung https://www.kleinezeitung.at/international/corona/5802392/CoronaEinsatz_Schuesse-in-die-Luft_Spaziergaenger-wollen-jetzt-klagen
OE24 https://www.oe24.at/oesterreich/chronik/wien/Mutter-schimpft-nach-500-Euro-Strafe-Hier-werden-die-Falschen-bestraft/425567422

11. Pressekonferenz https://www.dropbox.com/s/lbznx2et8w6dohx/30.03_PK%20Anschober.pdf?dl=0

12. Weitere Veröffentlichungen in den Medien https://www.meinbezirk.at/c-politik/diese-Covid-19-massnahmen-im-lockdown-waren-gesetzeswidrig_a4322953?fbclid=IwAR0lZUrdNeu8U24LTWn1_MmDWZE1NShl7WkbID8pVKk48k5bP5yT-kgsi64

13. VGH Urteil Veröffentlichung https://www.vfgh.gv.at/medien/Covid_Entschaedigungen_Betretungsverbot.de.php?fbclid=IwAR1-uXj12OBAcmQRoC7cUihtnv8gjMH0uMpuQInta9zZqLGkjbSkB1cF82A

14. VGH Urteil 01.10.2020 https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_271_2020__V_463-467_2020_vom_1._Oktober_20.pdf

15. Offener Brief Bundespräsident https://www.dropbox.com/s/tm16w1uh94ocqqi/Schreiben%20an%20den%20Bundespr%C3%A4sitent.pdf?dl=0

16. Kontrast Artikel https://kontrast.at/corona-schnelltest-kosten-oesterreich/

17. OTS Meldung https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20201030_OTS0076/fpoe-kickl-kurz-verhoehnt-das-parlament-informationen-an-chefredakteure-offenbar-vor-gespraechen-mit-politischen-parteien

18. OTS Meldung https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200514_OTS0021/herr-kurz-vervierfacht-sein-repraesentationsbudget

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

19. Bericht Krone https://www.krone.at/2283217

20. Online Bericht von Kurz https://www.vienna.at/bundeskanzler-kurz-die-zweite-welle-hat-begonnen/6737982

21. Bericht aus den Merkur Online Portal https://www.merkur.de/welt/who-corona-studie-tote-ueber-sterblichkeit-infektion-pandemie-zr-90073439.html

22. WHO Studie englisch Prof. John Ioannidis: https://www.dropbox.com/s/e6wyt1m09l1gevd/Studie%20Ioannidis_BLT.20.265892_engl..pdf?dl=0

23. Zulassungstopp bei EMA: https://www.dropbox.com/s/k57er1i65x1i154/Wodarg_Yeadon_EMA_Petition_Pfizer_Trial_FINAL_01DEC2020_signed_with_Exhibits_geschw%C3%A4rzt-1.pdf?dl=0

24. Wissenschaftlicher Kommentar BMJ https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4347/rr-4

25. Peter Doshi, Mitherausgeber, Das BMJ. https://blogs.bmj.com/bmj/2020/11/26/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-lets-be-cautious-and-first-see-the-full-data/

26. Originalbericht Rubikon: https://www.rubikon.news/artikel/die-wahre-seuche

27. EUgH Urteil - https://www.dropbox.com/s/aqbh0rw39rr5hbf/Die_Haftung_fuer_fehlerhafte_Medizinprodukte_unter_dem_Einfluss_der_Boston_Scientific_Urteile_des_EuGH.pdf?dl=0

Literaturhinweise:

[1] "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCo V) by real-time RT-PCI?', Euro Surveillance, 2020; Band 25, 3. Ausgabe (Euro Surveillance 2020;25[3]:pii=2000045)
https://www.eurosurveillance.org/]content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

[2]Tom Jefferson, Elizabeth Spencer, Jon Brassey, Carl Heneghan Virenkulturen zur Beurteilung der Infektiosität von Covid-19. Systematische Überprüfung.
doi: https:// doi.org/ 10.1101/ 2020.08.04.20167932
https://www.medrxiv.org/content/1o.1101/2020.o8.o4.20167932v4

[3] Marra MA, Steven JMJ, Carotine RA, Robert AH, Angela BW et al. (2003) Wissenschaft.
Die Genomsequenz des SARS-assoziierten Coronavirus. Wissenschaft 300(5624): 1399- 1404.

[4] Sequenz kann hier gefunden werden: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/ MN908947

[5] Borger P. Ein SARS-ähnliches Coronavirus wurde erwartet, aber es wurde nichts unternommen, um darauf vorbereitet zu sein. Am J Biomed Sei Res 2020. https://biomed
grid.com/pdf /A)BSR.MS.ID.001312.pdf

[6] https://www.researchgate.net/publication/34112oz50_A_SARS-like_Corona-virus_was_Expected but_nothing_was_done_-to_be_Prepared

[7] https://www.eurosurveillance.org/upload/site-assets/imgs/202o-09-Editorial%20 Vorstand%20PDF.pdf

[8] Offizielle WHO-Empfehlung für das Corman / Drosten RT-qPCR-Protokoll, das sich direkt aus der Eurosurveillance-Publikation ableitet:
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-V2-1.pdf?sfvrsn=a9ef618c_2

[9] Prim er-BLAST, NCBI -National Center for Biotechnology Information:
https: //www .ncbi .n lm.n ih.gov /tools/pri mer-blast/

[10] Trestan Pillonel et a/., Brief an den Herausgeber: SARS-CoV-2-Nachweis mittels Echtzeit-RT-PCR

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268274/

[11] Kirn et al, Die Architektur des SARS-CoV-2 Transkriptoms https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/Soo92867420304o62

[12] Wolfe! et al, Virologische Beurteilung von hospitalisierten Patienten mit COVID-2019 https://www.nature.com/articles/s41586-o2o-2196-x



Exposé des Dissertationsvorhabens

Die Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte unter dem Einfluss der „Boston Scientific“ - Urteile des EuGH

(vorläufig)

Vorgelegt von Mag.[a] Anna Maria Stelzer

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Helmut Ofner, LL.M.

1. Einleitung

In Europa wird der Einsatz von am Markt befindlichen Medizinprodukten zwischen 500.000 bis 1 Million bei rund 8.000 verschiedenen Arten geschätzt.[1] Zu diesen Medizinprodukten zählen zB Verbandstoffe, Rollstühle, Röntgengeräte, Herzschrittmacher, Gelenkimplantate oder auch Laborautomaten. Aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Medizinprodukten, und auch in Hinblick auf eine weitreichende medizinische Zweckbestimmung der Verwendung dieser Produkte, ist es nicht überraschend, dass vom Einsatz eines Medizinprodukts ein erhebliches Haftungsrisiko für das Leben und die Gesundheit der Menschen ausgehen kann; vor allem dann, wenn es sich dabei um Produkte wie Herzschrittmacher oder implantierbare Cardioverter Defibrillatoren handelt.

2. Problemstellung und Ziel der Arbeit

Das Medizinproduktegesetz[2], das erstmals mit 1. 1. 1997 in Kraft getreten ist, setzt die von der Europäischen Union erlassenen Medizinprodukterichtlinien, RL 93/42/EWG [3] über Medizinprodukte, RL 90/385/EWG[4] über aktive implantierbare Medizinprodukte und die RL 98/79/EG[5] über In-vitro-Diagnostika in österreichisches Recht um.

Bei Medizinprodukten handelt es sich gem § 2 Abs 1 MPG[6] um „alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe oder anderen Gegenstände, einschließlich der vom Hersteller speziell zur Anwendung für diagnostische oder therapeutische Zwecke bestimmten und für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinprodukts eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen […] bestimmt sind“.

Zusätzlich muss das Medizinprodukt einem in § 2 Abs 1 Z 1 - 4 MPG genannten Zweck dienen. Diese medizinischen Zweckbestimmungen umfassen zB die Erkennung, Verhütung,

---

[1] Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, Medizinprodukte http://www.ages.at/themen/medizinprodukte/ (Stand 18. 7. 2016).

[2] Medizinproduktegesetz BGBl 1996/657.

[3] RL 93/42/EWG des Rates vom 14. 6. 1993 über Medizinprodukte, ABl L 1993/169, 1.

[4] RL 90/385/EWG des Rates vom 20. 6. 1990 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über aktive implantierbare medizinische Geräte, ABl L 1990/189, 1.

[5] RL 98/79/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 27. 10. 1998 über In-vitro-Diagnostika, Abl L 1998/331, 1.

[6] Medizinproduktegesetz BGBl I 2014/32.

Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und reichen bis hin zur Empfängnisregelung.

Der Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetzes ist ebenfalls sehr weit gefasst und regelt gem § 1 MPG beispielsweise die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit von Medizinprodukten, die Sicherheit und Qualität, sowie auch den Betrieb und die Anwendung. Das MPG selbst sieht aber keine speziellen Regelungen betreffend einer Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte vor.

Derzeit ist eine EU-Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation, MDR) in Arbeit, die die bisherigen Richtlinien (RL 93/42/EWG, RL 90/385/EWG) ablösen und noch Ende 2016 kundgemacht werden soll. Die Ziele der MDR sind unter anderem die Sicherstellung eines reibungslos funktionierenden Binnenmarktes und die Gewährleistung eines hohen Niveaus an Qualität und Sicherheit. Der MDR-Entwurf verweist darauf, dass der schadenersatzrechtliche Anspruch betreffend fehlerhafter Medizinprodukte nach dem geltenden Unionsrecht und dem geltenden nationalen Recht zu beurteilen ist.[7]

Da die MDR in ihren Entwürfen auf nationales Recht verweist, und sich auch keine Regelungen betreffend der Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte im MPG finden, ist das Produkthaftungsgesetz heranzuziehen. Das Produkthaftungsgesetz[8] beruht auf der europäischen Produkthaftungsrichtlinie[9] und wurde durch diese in nationales Recht umgesetzt. Das PHG sieht in Anlehnung an die Produkthaftungsrichtlinie eine schadenersatzrechtliche Verantwortlichkeit des Herstellers vor, wenn durch ein fehlerhaftes Produkt ein Schaden entstanden ist. Die Haftung nach dem PHG ist vom Verschulden unabhängig.[10]

Dieses Grundprinzip der Produkthaftung wird durch ein viel beachtetes Urteil des EuGH diskutiert.

---

[7] Council of the European Union, Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on medical devices, and amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 (2016).

[8] Produkthaftungsgesetz BGBl 1988/99 idF BGBl I 2001/98.

[9] RL 85/374/EWG des Rates vom 25. 7. 1985 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Haftung für fehlerhafte Produkte, ABl L 1985/210, 29.

[10] Eustacchio, Produkthaftung (2002) 13.

Der EuGH wurde im Wege eines Vorabentscheidungsersuchens des deutschen Bundesgerichtshofes in den Verfahren „Boston Scientific Medizintechnik GmbH" gegen „AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse" und gegen „Betriebskrankenkasse RWE" betraut, da es sich in diesen Verfahren um Auslegungsfragen der Produkthaftungsrichtlinie handelte. Im konkreten Fall ging es um die Medizinprodukte Herzschrittmacher und implantierbare Cardioverter Defibrillatoren, die in Deutschland vertrieben wurden. In den beiden Verfahren hat der Hersteller (Boston Scientific Medizintechnik GmbH - USA) den behandelnden Ärzten in Deutschland ein Schreiben übersandt, in dem die Sicherheit der vertriebenen Produkte bemängelt wird. Der Hersteller empfahl den Ärzten, diese Geräte bei den betroffenen Patienten auszutauschen und stellte kostenlos Ersatzgeräte zur Verfügung. Die Krankenkassen verlangten Ersatz jener Kosten, die durch die Operation entstanden waren.

Der deutsche Bundesgerichthof, der mit dem Verfahren betraut war, beschloss das Verfahren auszusetzen und legte dem EuGH folgende Fragen vor:

1. *Ist Art. 6 Abs. 1 der Richtlinie 85/374 dahin auszulegen, dass ein Produkt, wenn es sich um ein in den menschlichen Körper implantiertes Medizinprodukt (hier: Herzschrittmacher oder implantierbarer Cardioverter Defibrillator) handelt, bereits dann fehlerhaft ist, wenn Herzschrittmacher derselben Produktgruppe ein nennenswert erhöhtes Ausfallrisiko haben oder bei einer signifikanten Anzahl von Defibrillatoren derselben Serie eine Fehlfunktion aufgetreten ist, ein Fehler des im konkreten Fall implantierten Geräts aber nicht festgestellt ist?*

2. Falls die Frage 1 mit ja beantwortet wird:

   Handelt es sich bei den Kosten der Operation zur Explantation des Produkts und zur Implantation eines anderen Herzschrittmachers oder eines anderen Defibrillators um einen durch Körperverletzung verursachten Schaden im Sinne der Art. 1 und 9 Satz 1 Buchst. a der Richtlinie 85/374?

In seinem Urteil vom 5. 3. 2015 stellte der EuGH schließlich fest, dass Hersteller von Medizinprodukten, im konkreten Fall von Herzschrittmachern und implantierbaren Cardioverter Defibrillatoren, die potentiell fehlerhaft sind, haften, ohne dass eine Funktionsbeeinträchtigung der betroffenen Produkte nachgewiesen werden muss. Des Weiteren stellte er fest, dass es sich bei den Kosten betreffend des Austausches der potentiell defekten Geräte um ersatzfähige Schäden im Sinne der Richtlinie handelt, für die der Hersteller haftet.[11]

[11] EuGH 5. 3. 2015, C-503/13 u C-504/13, *Boston Scientific Medizintechnik GmbH/AOK, RWE*.

Durch die Entscheidung des EuGH ergeben sich offene Fragen, die in der Dissertation behandelt werden sollen:

1.a. Wann liegt ein „potentieller Fehler“ vor und anhand welcher Kriterien ist dieser festzustellen?

1.b. Wie hoch muss das Ausfallrisiko bzw die Fehlerwahrscheinlichkeit sein, damit ein Produktfehler vorliegt?

1.c. Was ist unter dem Begriff der „anormalen Potentialität des Personenschadens“ in Hinblick auf die berechtigten Sicherheitserwartungen zu verstehen?

2. Liegt ein Verstoß gegen die Beweislastregeln vor, wenn ein Fehler bei potentiell fehlerhaften Produkten nicht nachgewiesen werden muss?

3. Ist der bloße Verdacht eines Produktfehlers vom ersatzfähigen Schaden nach dem PHG umfasst?

3.a. Zählen auch jene Kosten zum ersatzfähigen Schaden, die über den chirurgischen Eingriff hinausgehen?

4. Inwieweit ist die EuGH Entscheidung auch auf andere Medizinprodukte oder auf andere Produktgruppen anwendbar?

Die Arbeit gliedert sich in vier Teile. Einführend werden die Regelungen, die in Bezug auf eine Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte in Betracht kommen behandelt und grundlegend analysiert. Mangels spezieller Regelungen wird dann das nationale Produkthaftungsrecht, das auf der Produkthaftungsrichtlinie beruht, herangezogen. Ob die Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte nach dem PHG zu beurteilen ist hängt auch davon ab, ob die Definition eines Medizinprodukts nach § 2 Abs 1 MPG vom Produktbegriff des § 4 PHG umfasst ist. Des Weiteren werden die Grundsätze des Produkthaftungsrechts einführend behandelt und eine dogmatische Einordnung des Produkthaftungsgesetzes sowie dessen Verhältnis zum ABGB untersucht.

Der zweite Teil der Arbeit widmet sich der Darstellung des EuGH Urteils vom 5. 3. 2015 in den verbundenen Rechtssachen C-503/13 und C-504/13. Nach Erläuterung des Ausgangspunktes der Entscheidung in den Verfahren „Boston Scientific Medizintechnik GmbH“ gegen „AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse“ und gegen „Betriebskrankenkasse RWE“ werden die Verfahren vor dem deutschen Bundesgerichtshof dargestellt. Zudem wird der Gegenstand der

Vorabentscheidung und die daraufhin ergangene Entscheidung des EuGH ausführlich erörtert, sowie der Vollzug der Urteile durch den BGH dargelegt.
Nach diesen Ausführungen werde ich mich dem Kern der Dissertation widmen, der Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte. Der Schwerpunkt in diesem Teil der Arbeit wird auf den Fehlerbegriff gesetzt. Hier werden unter anderem die verschiedenen Arten von Produktfehlern wie Konstruktionsfehler, Produktionsfehler und Instruktionsfehler behandelt, sowie darauf Bezug genommen, welche Fehlerart(en) überhaupt von der EuGH Entscheidung umfasst sein könnten. Darüber hinaus ist auf den ersatzfähigen Schaden, die Kausalität, das Inverkehrbringen und die Beweislast einzugehen wobei auch eine Würdigung der EuGH Entscheidung und die Behandlung offener Fragen erfolgen soll. Die Entscheidung soll dabei analysiert und kritisch betrachtet werden.

Der letzte Teil der Dissertation widmet sich den Auswirkungen der EuGH Entscheidung auf künftige Produkthaftungsfälle und der Prüfung, ob das Urteil auch auf andere Medizinprodukte oder sogar auf andere Produkte angewendet werden kann.

3. Methodik und Ressourcen

Die Dissertation ist eine rechtsdogmatische Untersuchung des geltenden Rechts. Die Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte wird umfassend anhand österreichischer Rechtsprechung und Literatur untersucht, wobei in der wissenschaftlichen Arbeit auch deutsche Literatur und Judikatur herangezogen wird. Folglich kann die EuGH Entscheidung (EuGH 5.3.2015 - C-503/13, C-504/13), dessen Anlass ein Vorabentscheidungsersuchen des deutschen Bundesgerichtshofes war, in ihrer gesamten Auswirkung untersucht werden.

Um eine umfassende Recherche des deutschen Rechts zu ermöglichen, ist ein Forschungsaufenthalt an der Ludwig-Maximilians-Universität München am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht und Medizinrecht geplant.

4. Vorläufige Auswahl an Literatur

Aigner/Hausreither, Produkthaftung - MPG Medizinproduktegesetz, Vorgehensweise in Produkthaftungsfällen, RdM 2014/210.

Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht[22.EL] (2016).

F. Bydlinski, Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff[2] (2011).

Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht[7] (2014).

Ecker/Radner, Medizinproduktegesetz und Medizinproduktehaftung (1997).

Eustacchio, Produkthaftung (2002).

Fitz/Grau/Reindl, PHG[2] (2004).

Foerste/Graf von Westphalen (Hrsg), Produkthaftungshandbuch[3] (2012).

Gaßner/Reich-Malter, Die Haftung bei fehlerhaften Medizinprodukten und Arzneimitteln - Recht und Rechtsprechung, MedR 2006, 147.

Gosewinkel, Produkthaftung im medizinischen Bereich (1997).

Handorn, Medizinproduktehaftung für Implantate: Erhöhtes Ausfallsrisiko innerhalb einer Produktserie als Produktfehler, MPR 2015, 91.

Heynemann/Gabrielczyk, Medizinproduktehaftung: Übertragbarkeit der EuGH-Entscheidung vom 5. 3. 2015 (Rs C-503/13 und C-504/13) zum potentiellen Fehlerbegriff auf andere Medizinprodukte als Herzschrittmacher und ICDs, GesR 2016, 213.

Huber/Kräftner/Leischner-Lenzhofer/Zeinhofer, Abgrenzung zwischen Arzneimittel und Medizinprodukt, RdM-LS 2013/48.

Kage, Das Medizinproduktegesetz (2005).

Kletecka/Schauer (Hrsg), ABGB-ON[1.03] (Stand 1.4.2016, rdb.at).

Koziol/Apathy/Koch, Haftpflichtrecht III[3] (2014).

Koziol/Bydlinski/Bollenberger, ABGB Kurzkommentar[4] (2014).

Koziol, Grundfragen der Produkthaftung (1980).

Koziol, Grundfragen des Schadenersatzrechts (2010).

Koziol, Österreichisches Haftpflichtrecht I[3] (1997).

Kräftner/Leischner-Lenzhofer/Huber/Zeinhofer, Maßgeblichkeit der Zweckbestimmung durch den Hersteller für Qualifikation als Medizinprodukt, RdM-LS 2014/25.

Kuhn/Poledna, Arztrecht in der Praxis[2] (2007).

Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts[4] (2010).

Nawroth, Fehlerrisiko bei Medizinprodukten als Produktfehler, MPR 2015, 8.

Ratzel/Lissel, Handbuch des Medizinschadensrechts (2013).

Rehmann/Wagner, Medizinproduktegesetz (2005).

Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht[2] (2015).

Schaub, Anmerkung zu BGH, Urt. v. 9. 6. 2015 - VI ZR 284/12 (LG Stendal) und BGH, Urt. v. 9. 6. 2015 - VI ZR 327/12 (OLG Düsseldorf) MedR 2016, 141.

Schaub, Fehlerbegriff und Kausalität bei der Produkthaftung für mangelhafte Implantate, MedR 2016, 133.

Schmid, PHG – Produkthaftungsgesetz Kurzkommentar (2012).

Schwimann/Kodek, ABGB Praxiskommentar I[4] (2011), Ia[4] (2013), II[4] (2012), III[4] (2012), IV[4] (2014), V[4] (2014), Va[4] (2015), VI[3] (2006), VII[3] (2005).

Spickhoff (Hrsg), Medizinrecht (2011).

Spitzer, Der Unternehmer im PHG, JBl 2003, 414.

Spitzer, Vollharmonisierung des Produkthaftungsrechts, ecolex 2003, 141.

Taschner/Frietsch, Produkthaftungsgesetz und EG-Produkthaftungsrichtlinie[2] (1990).

Timke, Erhöhtes Ausfallsrisiko von Medizinprodukten als Produktfehler, NJW 2015, 3060.

Weimer, Straf- und zivilrechtliche Haftung der Anwender und Betreiber von Medizinprodukten - Teil 3, MPR 2007/5.

Welser, Das neue Produkthaftungsgesetz, WBl 1988, 281.

Welser/Rabl, Produkthaftungsgesetz Kommentar[2] (2004).

Welser/Zöchling-Jud, Bürgerliches Recht II[14] (2015).

Wilhelm/Ertl/Schoditsch/Benes/Fritzer/Buchleitner/Mrvošević, Zur Haftung des Anscheinsherstellers gem § 3 PHG, ecolex 2016/48.

5. Vorläufige grobe Gliederung

Teil I Einführung

1. Problemstellung
2. Medizinproduktehaftung
   2.1. EU-Medizinprodukte-Verordnung
   2.2. Medizinproduktegesetz
      2.2.1. Medizinprodukte
   2.3. Arzneimittelgesetz
      2.3.1. Arzneimittel
   2.4. Produkthaftungsgesetz
      2.4.1. Die Umsetzung der Produkthaftungs-Richtlinie in Österreich
      2.4.2. Grundgedanken der Produkthaftung

Teil II Die „Boston Scientific“ - Urteile des EuGH

1. Ausgangspunkt der Entscheidung
   1.1. Das Verfahren vor dem BGH
      1.1.1. BGH Urteil vom 9. Juni 2015, VI ZR 327/12
      1.1.2. BGH Urteil vom 9. Juni 2015, VI ZR 284/12
   1.2. Gegenstand der Vorabentscheidung
2. Entscheidung des EuGH vom 5. 3. 2015, C-503/13 und C-504/13
3. Der Vollzug der „Boston Scientific“ - Urteile durch den deutschen BGH

Teil III Haftung für fehlerhafte Medizinprodukte unter dem Einfluss der „Boston Scientific“ - Urteile des EuGH

1. Fehlerhafte Medizinprodukte
2. Anspruchsvoraussetzungen
   2.1. Produkt
      2.1.1.Medizinprodukt
   2.2. Produktfehler
      2.2.1. Arten von Produktfehlern
         2.2.1.1. Konstruktionsfehler
         2.2.1.2. Produktionsfehler oder Fabrikationsfehler
         2.2.1.3. Instruktionsfehler
      2.2.2. Beurteilung der Fehlerhaftigkeit
         2.2.2.1. Sicherheitserwartung des Verbrauchers
         2.2.2.2. Gebrauchserwartung des Herstellers
         2.2.2.3. Zeitpunkt des Inverkehrbringens
      2.2.3. Produktfehler durch bloßen Fehlverdacht
         2.2.3.1. Kritische Würdigung der EuGH Entscheidung

6. Zeitplan

Sommersemester 2015	VO zur rechtswissenschaftlichen Methodenlehre Seminar aus dem Dissertationsfach LV aus dem Wahlfachkorb Medizinrecht
Wintersemester 2015/16	Themensuche KU zur Judikatur- oder Textanalyse LV aus dem Wahlfachkorb Medizinrecht Lehrveranstaltungen gem § 4 Abs 1 lit e Curriculum für das Doktoratsstudium der Rechtswissenschaften
Sommersemester 2016	Recherche und erste Aufbereitung der Problemstellung SE im Dissertationsfach zur Vorstellung und Diskussion des Dissertationsvorhabens LV aus dem Wahlfachkorb Medizinrecht Weitere Lehrveranstaltungen gem § 4 Abs 1 lit e Curriculum Doktoratsstudium Rechtswissenschaften
Wintersemester 2016/17	Freies Dissertationsseminar Abschluss WFK Medizinrecht Verfassen der Dissertation
Sommersemester 2017	Verfassen der Dissertation
Wintersemester 2017/18	Verfassen der Dissertation
Sommersemester 2018	Verfassen der Dissertation
Wintersemester 2018/19	Einreichen der Dissertation Defensio

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

Hygiene Bakteriologie Serologie Molekularbiologie Tbc-Diagnostik Mykologie Parasitologie

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander
Betriebsdirektor: Siegfried Fortmüller, MBA







Graz am, 19. Oktober 2020

Testbericht

Austestung von Covid-19-Antigen-Schnelltests im Vergleich zur PCR Diagnostik

Beschreibung:

Dieser Vergleichstest dient der Orientierung, um im klinischen Setting die Einsatzmöglichkeit von am Markt erhältlichen Antigentests zu evaluieren.

Hinweis:

Die Austestung erfolgte unter Laborbedingungen. Für die vergleichende Untersuchung wurden positive (mit bekannten CT-Werten) und negative Corona-Abstrich-Proben in flüssigen Abstrichmedien herangezogen. Dies entspricht nicht der Vorgabe des Schnelltestherstellers Abbott, gemäß jener der direkt gewonnene nasopharyngeale Abstrich einzusetzen ist.

Die Ag-Tests von Nadal und SD biosensor können auch aus „viralen Transportmedien VTM" durchgeführt werden.

Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
A-8010 Graz, Stiftingtalstraße 16
Tel.: +43(0)316-340-5700; Fax: +43(0)316-5703
e-mail: direktion@krankenhaushygiene.at

Firmensitz: 8010 Graz, Stiftingtalstraße 4- 6
FN 49003 p, Landesgericht für ZRS Graz
Rechtsform: Gesellschaft m.b.H.
http://www.krankenhaushygiene.at
http://www.kages.at

Landes-Hypothekenbank Steiermark AG
BLZ: 56000, Konto-Nr.: 20141340710
IBAN: AT27 5600 0201 4134 0710, BIC: HYSTAT2G
UID: ATU 28619206

Verwendete Schnelltests:

A) NADAL COVID 19-Ag Test
B) Abbott Panbio COVID-19 Ag Rapid Test Device
C) SD Biosensor Covid-19 Ag

Alle verwendeten Tests sind CE und IVD markiert.

Hersteller

A) Nal von Minden; Carl-Zeiss-Strasse 12, 47445 Moers, Germany
B) Abbott; Orlaweg 1; D-07743 Jena, Germany
C) SD biosensor Inc.

Produktbeschreibung:

Schnell-Tests zur SARS-CoV-2 Antigenbestimmung mittels chromatographischem lateral-flow Schnelltest im Kärtchenformat.

Einleitung:

Das Ende des Jahres 2019 in der chinesischen Provinz Wuhan identifizierte Virus SARS-CoV-2 verursacht die Erkrankung COVID-19 (Corona virus disease 2019), eine Atemwegserkrankung, die sich mit Fieber, trockenem Husten, Atembeschwerden und Muskelschmerzen äußern kann, mild symptomatische oder asymptomatische Verlaufsformen werden ebenfalls beschrieben. Bei schweren Verläufen kann sich eine Pneumonie entwickeln oder auch intensivmedizinische Betreuung erforderlich werden. Die Übertragung erfolgt über respiratorische Sekrete oder indirekt über kontaminierte Hände oder Gegenstände.

Die Inkubationszeit beträgt zwischen 2 und 14 Tagen. Sie liegt im Mittel (Median) bei 5–6 Tagen.

Testprinzip Schnelltests:

Die COVID-19 Ag-Tests beinhalten zwei vorbeschichtete Balken, „C“ Kontrollbalken und „T“ Testbalken auf der Oberfläche einer Nitrozellulosemembran. Im Ergebnisfenster sind vor Hinzufügen einer Probe weder der Kontrollbalken noch der Testbalken sichtbar. Der Bereich des Testbalkens ist mit Antikörpern gegen SARS-CoV-2 beschichtet, der Bereich des Kontrollbalkens mit monoklonalen IgY-Maus/Huhnantikörpern. Beim Test reagiert das in der Probe vorhandene SARS-CoV-2-Antigen mit den mit Farbpartikeln konjugierten monoklonalen Antikörpern

gegen SARS-CoV-2 und bildet einen Antigen-Antikörper-Farbpartikel-Komplex. Dieser Komplex wandert durch den Kapillareffekt auf der Membran bis zum Testbalken, wo er mit den Reagenzien auf der Membran reagiert. Wenn in der Probe SARS-CoV-2-Antigene vorhanden sind, erscheint im Ergebnisfenster „T" ein farbiger Testbalken. Die Intensität des farbigen Testbalkens hängt von der Menge des in der Probe vorhandenen SARS-CoV-2-Antigens ab. Wenn in der Probe kein SARS-CoV-2-Antigen vorhanden ist, ist der Testbalken nicht farbig. Der Kontrollbalken „C" dient der Verfahrenskontrolle und sollte stets erscheinen, wenn das Testverfahren korrekt durchgeführt wurde und die Testreagenzien des Kontrollbalkens in Ordnung sind.

Test-Limitationen laut Schnelltest-Hersteller:

Die Antigen-Schnelltests sind immunchromatographische Immunoassays im Lateral-Flow-Format zum qualitativen Nachweis von viralen SARS-CoV-2-Nukleoproteinen in humanen naso-und oropharyngealen Proben. Die Tests sind als Hilfsmittel bei der Diagnose von Infektionen mit SARS-CoV-2 vorgesehen. Es ist zu beachten, dass im Verlauf der Erkrankung die Konzentration der viralen Nukleoprotein-Antigene schwankt und unter die Nachweisgrenze des Tests fallen kann. Eine mögliche Infektiosität der Testpersonen kann aufgrund negativer Testergebnisse nicht ausgeschlossen werden!
Die Kontrollbande „C" muss immer erscheinen, ansonsten darf das Ergebnis nicht ausgewertet werden.
Probennahme und Testdurchführung müssen korrekt ausgeführt werden.
Die Ergebnisse des Tests sind in Zusammenschau mit der klinischen Information zu interpretieren.
Negative Ergebnisse schließen eine Infektion nicht aus und sollten bei bestehendem Verdacht auf eine SARS-Cov-2 Infektion mit einem molekularbiologischen Test bestätigt werden.

Testaufbau*:*

Die COVID-19 Ag-Schnelltests wurden mit den Ergebnissen eines RT-PCR Tests (ALTONA; RealStar SARS-COV-2) zur Detektion von SARS-CoV-2 E- und S-Gen verglichen.
Die Testdurchführung des Vergleichstests erfolgte unter Laborbedingungen, es wurde mindestens 200µl flüssiges Transportmedium (Amies, VTM) aus Patientenproben als Testmaterial für die Schnelltests verwendet.
Bei negativen Proben kann kein Ct-Wert angegeben werden.

Es wurden insgesamt 99 Abstrichproben verglichen.

- 33 Proben sind negativ in der Corona-PCR
- 6 der positiven Proben haben einen Ct-Wert zwischen 15 und 20 (entspricht einer sehr hohen Viruslast)
- 16 der positiven Proben haben einen Ct-Wert zwischen >20 und 25 (entspricht einer hohen Viruslast)
- 26 der positiven Proben haben einen Ct-Wert zwischen >25 und 30 (entspricht einer moderaten Viruslast)
- 18 der positiven Proben haben einen Ct-Wert >30 (entspricht einer geringen Viruslast)

Die getesteten Abstrichproben wurden vor der Testdurchführung im Kühlschrank bei 4°C gelagert und innerhalb von 24 Stunden ab Abnahme bearbeitet. Eine negative Beeinflussung der Testergebnisse ist somit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

Datum der Durchführung: 05.Oktober 2020 – 16. Oktober 2020

Interpretation der Ergebnisse:

Im Schnelltest wurden gut sichtbare Banden als „+“ interpretiert, sehr schwache Banden als „+“ schwach positiv.
Manche Proben wurden als Inhibiert interpretiert, da die Kontrollbande nicht erschienen ist.

Ergebnisse Vergleich COVID 19 Ag-Tests und PCR:

Positive Proben

Ct- Wert abhängig stratifizierte Darstellung

Ct = 15-20	Abstrich	E-Nr.	PCR-Ergebnis	Ct: E-Gen	Ct: S-Gen	**Abbott**	**Nadal**	**Biosensor**
1	*	**	+	18,30	17,84	+	+ (zart)	+
2	*	**	+	18,20	17,50	-	+ (sehr zart)	+ (zart)
3	*	**	+	17,05	16,46	+ (stark)	+	+ (stark)
4	gelb	**	+	17	16	+	+	+
5	gelb	**	+	18	18	+ (sehr zart)	-	inhibiert
6	eswab	**	+	18	18	+	+	+
∑ = 6								

Auswertung:

Ct = 15-20	**Abbott positiv**	Abbott negativ	**Nadal positiv**	Nadal negativ	**Biosensor positiv**	Biosensor negativ	Gesamt
Positiv	5	1	5	1	5	n.a.	6
Sensitivität	**83,3%**		**83,3%**		**83,3%**		

Bei Proben mit sehr hoher Viruslast (Ct-Wert zwischen 15 und 20) liegt die Sensitivität aller Tests bei 83,3%.

Ct = >20-25	Abstrich	E-Nr.	PCR-Ergebnis	Ct: E-Gen	Ct: S-Gen	**Abbott**	**Nadal**	**Biosensor**
7	gelb	**	+	23	23	-	-	-
8	gr. rot	**	+	21	22	+ (zart)	+ (sehr zart)	+
9	*	**	+	22,79	22,09	+	+ (zart)	+ (zart)
10	*	**	+	24,51	23,71	+	+ (sehr zart)	+ (sehr zart)
11	*	**	+	24,68	23,99	-	-	-
12	*	**	+	21,21	20,64	+	-	+
13	*	**	+	23,49	22,86	-	-	-
14	eswab	**	+	23	21	+	-	+
15	eswab	**	+	24	24	-	-	-
16	eswab	**	+	25	25	-	-	-
17	rot	**	+	24	23	-	-	+ (sehr zart)
18	eswab	**	+	24	24	-	-	+
19	NaCl	**	+	23	22	-	-	+ (zart)
20	NaCl	**	+	24	23	-	-	-
21	NaCl	**	+	23,00	22,31	-	-	-
22	NaCl	**	+	22,85	22,19	-	-	-
∑ = 16								

Auswertung:

Ct = >20-25	**Abbott positiv**	Abbott negativ	**Nadal positiv**	Nadal negativ	**Biosensor positiv**	Biosensor negativ	Gesamt
Positiv	5	11	3	13	8	8	**16**
Sensitivität	**31,3%**		**18,8%**		**50%**		

1

Bei Proben mit hoher Viruslast (Ct-Wert zwischen >20 und 25) liegt die Sensitivität des Abbott Tests bei 31,3%, des Nadal Ag-Tests bei 18,8%, für den Biosensor Test bei 50%.

Ct = >25-30	Abstrich	E-Nr.	PCR-Ergebnis	Ct: E-Gen	Ct: S-Gen	Abbott	Nadal	Biosensor
23	*	**	+	26,26	25,95	+ (zart)	-	+ (zart)
24	*	**	sehr schwach	28,91	28,01	-	-	-
25	*	**	+	26,15	25,88	-	-	-
26	*	**	+	27,01	26,77	-	-	-
27	*	**	+	29	28	-	-	-
28	*	**	+	30	29	-	-	-
29	gr. rot	**	+	/	/	-	-	-
30	gelb	**	+	/	/	-	-	-
31	spu	**	+	/	/	-	-	-
32	gelb	**	+	/	/	-	-	-
33	nativ	**	+	26,53	26,03	-	-	-
34	*	**	+	30,47	29,85	-	-	-
35	NaCl	**	+	28,96	28,49	-	-	-
36	*	**	+	25,53	24,96	-	-	-
37	eswab	**	+	26	25	-	-	-
38	eswab	**	+	29	28	-	-	-
39	eswab	**	+	29	29	-	-	-
40	eswab	**	+	29	28	-	-	-
41	gelb	**	+	28	27	-	-	-
42	rot	**	+	28	28	-	-	-
43	eswab	**	+	30	29	-	-	-
44	eswab	**	+	30	29	-	-	-
45	eswab	**	+	30	30	-	-	-
46	gelb	**	+	29	29	-	-	inhibiert
47	eswab	**	+	29	29	-	-	-
48	eswab	**	+	30	30	-	-	-
∑ = 26								

Auswertung:

Ct = >25-30	**Abbott positiv**	Abbott negativ	**Nadal positiv**	Nadal negativ	**Biosensor positiv**	Biosensor negativ	Gesamt
Positiv	1	25	0	26	1	23	26
Sensitivität	**3,8%**		**0%**		**3,8%**		

Bei Proben mit moderater Viruslast (Ct-Wert zwischen >25 und 30) liegt die Sensitivität des Abbott und Biosensor Ag-Tests bei 3,8%, für den Nadal Test bei 0%.

Ct = >30	Abstrich	E-Nr.	PCR-Ergebnis	Ct: E-Gen	Ct: S-Gen	**Abbott**	**Nadal**	**Biosensor**
49	gelb	**	+	32,64	31,82	-	-	-
50	rot	**	+	30,71	30,34	-	-	-
51	*	**	+	33,93	33,32	-	-	-
52	*	**	schwach	33,19	32,24	-	-	-
53	*	**	schwach	32,21	31,51	-	-	-
54	*	**	+	33,52	32,59	-	-	-
55	rot	**	+	33,47	32,79	-	-	-
56	*	**	+	31,23	-	-	-	-
57	gr. rot	**	+	36,51	-	-	-	-
58	*	**	+	33,51	-	-	-	-
59	rot	**	+	33	32	-	-	-
60	rot	**	+	-	33	-	-	-
61	eswab	**	+	31	30	-	-	-
62	rot	**	+	32	32	-	-	-
63	gelb	**	+	32	32	-	-	inhibiert
64	gelb	**	+	31	30	-	-	inhibiert
65	gelb	**	+	33	32	-	-	inhibiert
66	eswab	**	+	31	30	-	-	-
∑ = 18								

Auswertung:

Ct = > 30	**Abbott positiv**	Abbott negativ	**Nadal positiv**	Nadal negativ	**Biosensor positiv**	Biosensor negativ	Gesamt
Positiv	0	18	0	18	0	15	18
Sensitivität	**0%**		**0%**		**0%**		

Bei Proben mit geringer Viruslast (Ct-Wert über 30) liegt die Sensitivität aller Ag-Tests bei 0%.

Ct- Wert unabhängige Darstellung

Ct = 15->30	**Abbott positiv**	Abbott negativ	**Nadal positiv**	Nadal negativ	**Biosensor positiv**	Biosensor negativ	Gesamt
Positiv	11	55	8	58	13	53	**66**
Sensitivität	**16,7%**		**12,12%**		**19,7%**		

Bei CT- Wert unabhängiger Darstellung (Ct-Wert 15- ≥ 30) liegt die Sensitivität des Abbott Tests bei 16,7%, des Biosensor Ag-Tests bei 19,7% und des Nadal Tests bei 12,2%.

Legende:

Eswab= Copan e-swab mit Amies Transportmedium
NaCl = Tupfer, die in NaCl ausgedrückt werden
Rot, gelb, weiß = VTM bzw. UTM Tupfer
+ = Ergebnis positiv
– = Ergebnis negativ
inhibiert = Kontrollbande nicht nachweisbar
n.g. = nicht gemacht
n.a. = nicht auswertbar
** ca. 200 µl Probe verwendet*
*** Patientendaten im Institut aufliegend*

Negative Proben

Negativ	Abstrich	E-Nr.	PCR-Ergebnis	Ct: E-Gen	Ct: S-Gen	Abbott	Nadal	Biosensor
67	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
68	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
69	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
70	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
71	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
72	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
73	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
74	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
75	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
76	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
77	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
78	(weiß)	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
79	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
80	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
81	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
82	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
83	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
84	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
85	(gelb)	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
86	(gelb)	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
87	rot	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
88	rot	**	negativ	/	/	negativ	negativ	negativ
89	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
90	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
91	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
92	rot	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
93	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
94	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
95	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
96	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
97	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	negativ
98	eSwab	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
99	NaCl	**	negativ	/	/	negativ	n.g.	n.g.
∑ = 33								

PCR negativ	Abbott positiv	Abbott negativ	Nadal positiv	Nadal negativ	Biosensor positiv	Biosensor negativ	Gesamt
negativ	0	33	0	14	0	25	33
Spezifität		100%		100%		100%	

Alle PCR-negative Proben wurden von den Schnelltests korrekt erkannt, daraus ergibt sich eine Spezifität von 100%.

Anmerkung:

Über die Kreuzreaktivität mit endemischen Coronavirusstämmen (HCOV-NL63, HCOV-229E, HCOV-OCC43 und HCOV-HKU1) kann in dem zu Grunde liegenden Laborvergleich keine Aussage getroffen werden.

Conclusio:

Es ist festzustellen, dass ohne einer Ct-Wert basierten Stratifizierung der Abbott CoV19 Ag-Test 16,7%, der Nadal Covid 19-Test 12,12% und der Biosensor Covid 19-Test 19,7% der gesamten positiven Proben als richtig positiv bewertet hat (Sensitivität). Des Weiteren wurden 100 % der negativen Proben als richtig negativ erkannt (Spezifität).

- In Bezug auf die Ct-Werte ist festzustellen, dass bei einer sehr hohen Viruslast (Ct-Wert zwischen 15 und 20) der Abbott CoV19 Ag-Test, der Nadal Covid 19-Test und der Biosensor Covid 19-Test im Sensitivitätsbereich bei 83% liegen, somit wird rund ein Fünftel der positiven Patienten, selbst mit sehr hoher Viruslast, nicht erkannt.

- Bei CT- Werten zwischen 20 und 25 weisen der Abbott CoV19 Ag-Test 31,3%, der Nadal Covid 19-Test 18,8% und der Biosensor Covid 19-Test 50% Sensitivität auf.

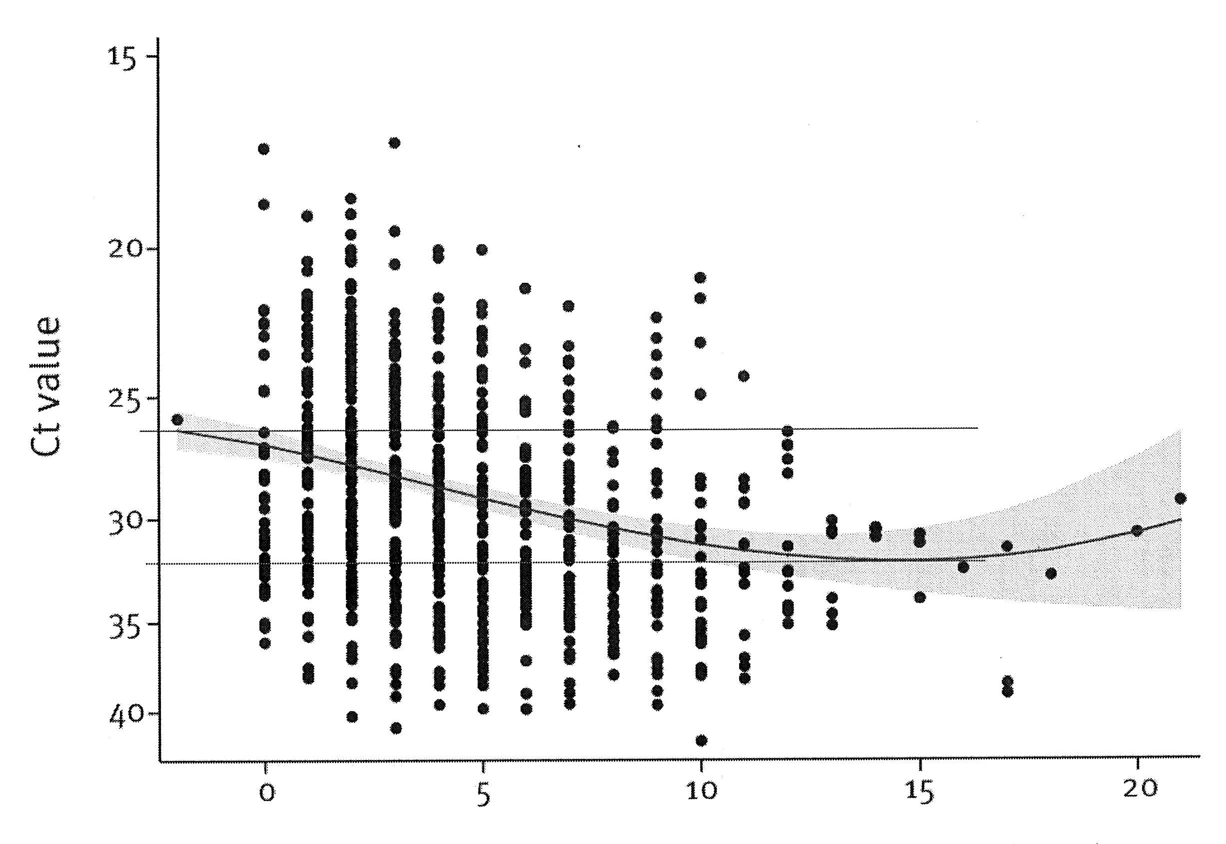
- Ab CT- Werten zwischen 25 und 30 weisen der Abbott CoV19 Ag-Test 3,8%, der Nadal Covid 19-Test 0% und der Biosensor Covid 19-Test 3,8% Sensitivität auf.

- Ab einem CT- Wert von 30 wiesen alle Testsysteme eine Sensitivität von 0% auf.

Die in diesem Setting evaluierten Ergebnisse sind vergleichbar mit den wenigen bis dato publizierten Vergleichsstudien. *(„Low performance of rapid antigen deteCtion test as frontline testing for COVID-19 diagnosis"; A. Scohy, et.al; Journal of Clinical Virology 129 (2020))*

Unter Berücksichtigung der aktuellen Prävalenzsituation in Österreich sind somit die ab einem CT- Wert > 20 erzielten Ergebnisse nicht mehr zu verwerten!

Dieser Umstand wiegt in der klinischen Anwendung umso schwerer, da während des Krankheitsverlaufes, insbesondere in der Frühphase, ein Großteil der Patientenproben CT- Werte zwischen 20 und 30 aufweisen (Singanayagam A. et.al., Eurosurveillance 13 Aug 2020).



Somit wird selbst unter dem symptomatischen Kollektiv die Majorität der Positiven mit infektiologisch relevanter Virusausscheidung nicht erkannt. Dieser Limitation wird auch in der rezenten Aussendung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz („Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2; Version vom 13.10.2020) durch folgende Einschränkung Rechnung getragen- *„Negative Ergebnisse schließen eine Infektion nicht aus und sollten bei bestehendem Verdacht auf eine SARS-CoV-2 Infektion mit einem molekularbiologischen Test bestätigt werden“.*

Über die Performance bei asymptomatischen Virusausscheidern kann in diesem Setting keine Aussage getroffen werden, es liegt jedoch auf der Hand, dass hier keine höhere Treffsicherheit angenommen werden kann.

Conclusiv kann aus fachlicher Sicht anhand der vorliegenden Daten derzeit wider der „Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2 (Version vom 13.10.2020), weder die Anwendung von COVID- 19 Ag- Schnelltests für die Testung von symptomatisch, noch von asymptomatisch Infizierten empfohlen werden.

Graz am 19.10.2020

OA Dr. Eva Schmon
FA für Hygiene und Mikrobiologie

Prim. Dr. Klaus Vander
FA für Hygiene und Mikrobiologie

120 Expertenstimmen zu Corona

„Er untersucht mit seinem Team in Hamburg die Corona-Opfer: Nun hat der Hamburger Rechtsmediziner Klaus Püschel an Kanzlerin Angela Merkel appelliert, Deutschland langsam wieder aufzumachen. ‚Jetzt ist der richtige Zeitpunkt', sagt Püschel dem ‚Hamburger Abendblatt'. Er fügte hinzu: ‚Die Zeit der Virologen ist vorbei. Wir sollten jetzt andere fragen, was in der Coronakrise das Richtige ist, etwa die Intensivmediziner.' Nach seinen Erkenntnissen ist Covid-19 ‚eine vergleichsweise harmlose Viruserkrankung'. Die Deutschen müssten lernen, damit zu leben, und zwar ohne Quarantäne. Die von ihm untersuchten Todesopfer hätten alle so schwere Vorerkrankungen gehabt, dass sie, ‚auch wenn das hart klingt, alle im Verlauf dieses Jahres gestorben wären', sagte Püschel."

Professor Dr. Klaus Püschel ist Rechtsmediziner und Chef der Hamburger Rechtsmedizin.

„‚Wir kommen zu einem viel niedrigeren Wert von 1,6 Promille. Wenn wir also 1.000 Dänen haben, die diese Infektion hatten, dann gibt es ein bis zwei, die damit gestorben sind.' (...) Zusammen mit Kollegen führte er Blutuntersuchungen von knapp 1.500 Blutspendern durch (...) Das Blut wurde verwendet, um auf Coronavirus-Antikörper zu testen, und vorläufige Ergebnisse werfen ein neues Licht auf die Anzahl der Infizierten."

Professor Dr. Henrik Ullum, Rigshospitalet Kopenhagen, Dänemark, Section for Transfusion Medicine, Centre of Diagnostic Investigation.

"'Was wir brauchen, ist die Panik zu kontrollieren', sagte er. Im Großen und Ganzen wird es uns gut gehen. (...) Aber er wirft den Medien auch vor, unnötige Panik zu verursachen, indem sie sich auf die unerbittliche Zunahme der kumulativen Zahl der Fälle konzentrieren und Prominente ins Rampenlicht rücken, die sich mit dem Virus infizieren. Im Gegensatz dazu hat die Grippe seit September 36 Millionen Amerikaner erkrankt und schätzungsweise 22.000 getötet, so die CDC, aber diese Todesfälle werden weitgehend nicht gemeldet."

Professor Dr. Michael Levitt, Professor für Biochemie, Stanford University, USA. Nobelpreis für Chemie 2013.

„Persönlich würde ich sagen, dass der beste Ratschlag ist, weniger Zeit mit dem Anschauen von Fernsehnachrichten zu verbringen, die sensationell und nicht sehr gut sind. Ich persönlich halte diesen Covid-Ausbruch für eine schlimme Wintergrippeepidemie. In diesem Fall hatten wir im letzten Jahr 8000 Todesfälle in den Risikogruppen, d.h. über 65% Menschen mit Herzkrankheiten usw. Ich glaube nicht, dass der aktuelle Covid diese Zahl überschreiten wird. Wir leiden unter einer Medienepidemie!"

Professor Dr. John Oxford von der Queen Mary Universität London, Großbritannien, weltweit führender Virologe und Influenza-Spezialist.

„Ich empfinde, was im Moment läuft, ist das, was wir mehr oder weniger jeden Winter erleben. (...) Die Ansteckung ist hoch. Aber die Krankheit ist aus meiner Sicht nicht so schlimm wie die Influenza. (...) Ich bin der Ansicht, dass man eigentlich hier selektiv nur eine Sache anschaut und die mit einer gewissen Panik füllt. (...) Ich bin der Ansicht, dass wir solche Situationen schon mehrfach hatten und dass jetzt in Bezug auf die Maßnahmen der Bogen überspannt wird. (...) Wir brauchen Luft und Sonne, Luft verdünnt die Viren und Sonne mit UV Licht tötet sie. Aber bloß keine Ausgangssperre! Auf der Straße steckt man sich nicht an!"

Professor Dr. Karin Mölling, international renommierte Virologin. Ehemalige Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie in Zürich, Schweiz. Verdienstkreuz 1. Klasse der BRD.

„Covid-19. Scharfe Kritik an ARD und ZDF wegen Berichterstattung zum Coronavirus. (...) Dadurch inszeniere das Fernsehen zugleich Bedrohung und exekutive Macht – und betreibe ‚Systemjournalismus'. (...) Die Chefredaktionen haben abgedankt', folgert Jarren. In der

Berichterstattung fehlten ‚alle Unterscheidungen, die zu treffen und nach denen zu fragen wäre: Wer hat welche Expertise? Wer tritt in welcher Rolle auf?‘ Gesendet würden zudem größtenteils einzelne Statements, eine echte Debatte zwischen Expertinnen und Experten entstehe nicht, schreibt der Medienwissenschaftler.“

Professor Dr. Otfried Jarren, Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich, Präsident der Eidgenössischen Medienkommission in der Schweiz.

„Zunächst: Mit der Verdreifachung der Tests ergab sich auch etwas mehr als eine Verdreifachung der positiv Getesteten. Diese Verdreifachung wurde den Bürgerinnen und Bürgern als Verdreifachung der Infizierten vorgeführt. (…) Weitreichende Entscheidungen bedürfen gesicherter Grundlagen. Genau das ist bisher vernachlässigt worden. Die wiederholte Gleichsetzung der Zahl positiv Getesteter mit der Zahl der Infizierten vernebelt den Blick, die Zählweise bei Corona-Toten ebenfalls. (…) Der Maßstab der Regierung, ab wann eine Abschwächung der Maßnahmen geboten ist, basiert auf einer Scheinzahl von Infizierten, die aber nichts mit der Realität gemein hat.“

Professor Dr. Gerd Bosbach, Professor für Statistik, Mathematik und empirische Wirtschafts- und Sozialforschung und Mit-Autor des bekannten Buches „Lügen mit Zahlen“.

*„Erste Analysen österreichischer COVID-19 Sterbezahlen nach Alter und Geschlecht:
Wir analysieren die Alters- und Geschlechtsverteilung der gemeldeten COVID-19 Verstorbenen in Österreich. Übereinstimmend mit internationalen Studien legen auch die österreichischen Daten nahe, dass das Sterberisiko mit dem Alter stark ansteigt. Die beobachtete Altersabhängigkeit ist konsistent mit der des allgemeinen jährlichen Sterberisikos in Österreich.“*

Institut für Medizinische Statistik (IMS) der Medizinischen Universität Wien, Österreich.

„‚Wer rechnen kann und ein Zahlenverständnis hat, ist dem Schwindel der Statistik nicht wehrlos ausgesetzt. Das erweist sich gerade in der Corona-Krise als nützlich.‘ Meyerhöfer sieht ‚auch eine Krise der mathematischen Bildung‘. ‚Wir sehen rasant steigende Infizierten-Zahlen, und diese Kurve ängstigt uns.‘ (…) ‚Es sind Zahlen, die Kontaktsperren und Geschäftsschließungen legitimieren‘ (…) Meyerhöfer verweist auf den statistischen Umgang mit den Verstorbenen: ‚In der statistischen Praxis wird ein Mensch, der mit Corona stirbt, als ein an Corona Gestorbener gezählt. Ob er an Corona gestorben ist, geht daraus nicht hervor.’“

Professor Dr. Wolfram Meyerhöfer, Professor für Mathematik-Didaktik.

„Die Zahl der gemeldeten Infektionen hat nur eine geringe Aussagekraft, da kein populationsbezogener Ansatz gewählt wurde, die Messung auf einen zurückliegenden Zeitpunkt verweist und eine hohe Rate nicht getesteter (v.a. asymptomatischer) Infizierter anzunehmen ist. (…) Die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. social distancing) sind theoretisch schlecht abgesichert, ihre Wirksamkeit ist beschränkt und zudem paradox (je wirksamer, desto größer ist die Gefahr einer ‚zweiten Welle‘) und sie sind hinsichtlich ihrer Kollateralschäden nicht effizient.“

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Hedwig François-Kettner, Dr. Matthias Gruhl, Franz Knieps, Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19.

„Tom Jefferson, ein Epidemiologe und ehrenamtlicher Forschungsstipendiat am Zentrum für evidenzbasierte Medizin der Universität Oxford, sagte, die Ergebnisse seien ’sehr, sehr wichtig‘. Er sagte dem BMJ: ‚Die Stichprobe ist klein, und es werden mehr Daten zur Verfügung stehen. Außerdem ist nicht klar, wie diese Fälle genau identifiziert wurden. Aber sagen wir einfach, dass sie verallgemeinerbar sind. Und selbst wenn sie zu 10% ausfallen, deutet dies darauf hin, dass das Virus überall ist. Wenn – und ich betone, wenn die Ergebnisse repräsentativ sind, dann müssen wir fragen: Warum zum Teufel sperren wir uns ein?’“

Dr. Thomas Jefferson, Epidemiologe und Research Fellow der University of Oxford, Großbritannien.

„Sowohl in China als auch in Südkorea begann die soziale Distanzierung also erst lange, nachdem

die Zahl der Infektionen bereits rückläufig war, und sie hat sich daher nur sehr wenig auf die Epidemie ausgewirkt. Das bedeutet, dass man dort bereits Herdenimmunität erreicht hatte, oder man stand kurz davor, die Herdenimmunität zu erreichen. Sie stand unmittelbar bevor. Aber durch die Anordnung der sozialen Distanzierung verhinderten sie, dass es tatsächlich zum Endpunkt kam, weshalb wir auch einige Wochen nach dem Höhepunkt noch immer neue Fälle in Südkorea sehen."

Professor Dr. Knut Wittkowski aus New York, USA.

„Nach langer Bedenkzeit wende ich mich an die verbliebenen Vernunftbegabten. Und ich möchte mir trotz möglicher Anfeindungen, Shit Storms oder Stigmatisierung das Recht nicht nehmen lassen, Kommentare von Journalisten, sogenannten Experten sowie Entscheidungen politischer Verantwortungsträger kritisch zu hinterfragen. (...) Prozentsatz von schweren Fällen und Todesraten um den Faktor 10 überschätzt. (...) Wer das aktuelle Vorgehen fälschlicherweise als angemessen bewertet, müsste dies anlässlich der jährlichen Influenza-Daten bei uns wohl jedes Jahr in der Influenza-Saison mit gleicher Konsequenz aufs Neue erfordern müssen."

Professor Dr. Dr. Martin Haditsch, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie, Österreich.

"'Die Versorgungsqualität geht gerade in den Keller', sagt der Vorsitzende der Stiftung Deutsche Depressionshilfe Professor Ulrich Hegerl. 'Das könnte Leben kosten. Die Zahl der Suizide könnte steigen.' Depressionen seien jährlich die Ursache für die meisten Suizide. (...) Die Deutsche Depressionshilfe empfiehlt Betroffenen, in Zeiten häuslicher Quarantäne aktiv zu bleiben und einen Tagesrhythmus zu pflegen. Schlafzeiten sollten nicht verlängert werden, weil zu viel Schlaf eine Depressionsschwere erhöhen kann."

Professor Dr. Ulrich Hegerl, Universitätsklinikum Frankfurt, Vorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

„Früher nannte man die Lungenentzündung am Ende des Lebens den Freund des alten Menschen. Und jetzt geht man her, diagnostiziert die Corona-Infektion und macht daraus einen Intensivfall und kann die Patienten natürlich trotzdem nicht retten. Die sind einfach zu schwer krank."

Dr. Matthias Thöns, Facharzt für Anästhesiologie Notfall-, Schmerz- und Palliativmedizin.

„In meinem ersten Video zu COVID-19 schlug ich vor (...), dass die Todesrate bei etwa 0,7% liegen sollte. Heute wurde mir das Gegenteil bewiesen. Die Zahl der Todesfälle liegt tatsächlich bei einem Zehntel davon. Hier ist die ungeschminkte Wahrheit: COVID-19 ist nicht viel schlimmer als eine schlimme Grippe."

Professor Sam Vaknin, Israel.

„*Die Furcht vor Covid-19 basiert auf seiner hohen geschätzten Todesrate – laut Weltgesundheitsorganisation und anderen Organisationen sind 2 bis 4% der Menschen mit bestätigtem Covid-19 gestorben. (...) Wir glauben, dass diese Schätzung zutiefst fehlerhaft ist. (...) Wenn die Zahl der tatsächlichen Infektionen viel größer ist als die Zahl der Fälle – um Größenordnungen größer – dann ist auch die tatsächliche Sterblichkeitsrate viel niedriger. Das ist nicht nur plausibel, sondern nach dem, was wir bisher wissen, auch wahrscheinlich.*"

Professor Dr. Eran Bendavid und Professor Dr. Jay Bhattacharya sind Medizin-Professoren an der Stanford-Universität, USA.

„In der Infektiologie wird zwischen Infektion und Erkrankung unterschieden. Es sollten also nur Patienten mit Symptomen – wie in diesem Fall Fieber oder Husten – als Neuerkrankungen in die Statistik eingehen. Mit anderen Worten: Eine Neuinfektion, festgestellt durch einen Labortest, bedeutet nicht zwangsläufig, dass wir es mit einem neu erkrankten Patienten zu tun haben, der ein Krankenhausbett benötigen wird. (...) Drakonische Maßnahmen, die die Grundrechte der Menschen auf so umfassende Weise einschränken, dürfen doch nur verhängt werden, wenn es gesicherte Hinweise dafür gibt, dass ein neues Virus überaus gefährlich ist. (...) Gab es je einen

solchen wissenschaftlich begründeten Hinweis für COVID-19? Aus meiner Sicht lautet die einfache Antwort: Nein."

Professor Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiolgie, ehemaliger Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz.

„In Heinsberg etwa ist ein 78 Jahre alter Mann mit Vorerkrankungen an Herzversagen gestorben, und das ohne eine Lungenbeteiligung durch Sars-2. Da er infiziert war, taucht er natürlich in der Covid-19-Statistik auf. Die Frage ist aber, ob er nicht sowieso gestorben wäre, auch ohne Sars-2. In Deutschland sterben jeden Tag rund 2500 Menschen, bei bisher zwölf Toten gibt es in den vergangenen knapp drei Wochen eine Verbindung zu Sars-2. Natürlich werden noch Menschen sterben, aber ich lehne mich mal weit aus dem Fenster und sage: Es könnte durchaus sein, dass wir im Jahr 2020 zusammengerechnet nicht mehr Todesfälle haben werden als in jedem anderen Jahr."

Professor Dr. Hendrick Streeck, Professor für Virologie und Direktor des Instituts für Virologie und HIV-Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

„Diese schwerwiegenden gesamtgesellschaftlichen Maßnahmen [Anmerkung: Interviewfrage nach Kontaktsperren und Ausgangsbeschränkungen] müssen wir so kurz und so niedrig intensiv wie möglich halten, denn sie könnten möglicherweise mehr Krankheits- und Todesfälle erzeugen als das Coronavirus selbst. (…) Wir wissen, dass zum Beispiel Arbeitslosigkeit Krankheit und sogar erhöhte Sterblichkeit erzeugt. Sie kann Menschen auch in den Suizid treiben. Einschränkung der Bewegungsfreiheit hat vermutlich auch weitere negative Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung."

Professor Dr. Gérard Krause, Leiter des Bereich Epidemiologie am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung.

„Das ist nicht der Eindruck, den ich aus Gesprächen mit meinen Kollegen in Deutschland habe. Wir sind uns einig, etwa darin, dass es zu diesem Zeitpunkt sinnlos ist, die Grenzen zu schließen. Wir sind uns auch einig darin, dass es nötig ist, soziale Kontakte zu minimieren. Wir sind uns aber auch darin einig, dass es sehr schwer abzusehen ist, was passiert, wenn man Schulen schließt. Viele Dinge passieren, wenn man das macht: Die Kinder sind davon betroffen, die Gesellschaft, besonders die Eltern. (…) Das bedeutet, dass der Effekt dieser Maßnahme auf die öffentliche Gesundheit viel schlimmer sein wird als die Ausbreitung des Viruses in einer Schule."

Dr. Anders Tegnell, Leiter der schwedischen Gesundheitsbehörde.

„Beate Bahner, Fachanwältin für Medizinrecht aus Heidelberg, kündigt Normenkontrollklage gegen die Corona-Verordnung Baden-Württemberg an: Die Maßnahmen der Bundes- und Landesregierung sind eklatant verfassungswidrig und verletzen in bisher nie gekanntem Ausmaß eine Vielzahl von Grundrechten der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. (…) Wochenlange Ausgehbeschränkungen und Kontaktverbote auf Basis der düstersten Modellszenarien (ohne Berücksichtigung sachlich-kritischer Expertenmeinungen) sowie die vollständige Schließung von Unternehmen und Geschäften ohne jedweden Nachweis einer Infektionsgefahr durch diese Geschäfte und Unternehmen sind grob verfassungswidrig.„

Beate Bahner, Fachanwältin für Medizinrecht, Autorin von fünf medizinrechtlichen Fachbüchern.

„Totale algorithmische Bevölkerungskontrolle. Wer in Wuhan keinen grünen Button auf seinem Überwachungs-Smartphone vorweisen kann, der signalisiert, dass man wahrscheinlich nicht infiziert ist, der kann sich höchstens zu Fuß bewegen und darf Restaurants und ähnliches nicht betreten. In Südkorea werden Aufnahmen von Überwachungskameras, Kreditkartendaten und GPS-Daten ausgewertet, um potentielle Virusträger zu identifizieren und zu verfolgen. Covid-19 ist wie ein Himmelsgeschenk für die Pläne des Weltwirtschaftsforums. (…) Und dank Covid-19 finden sehr viele Menschen diese totalitären Möglichkeiten jetzt sogar erstrebenswert."

Dr. Norbert Häring, Journalist und Wirtschaftswissenschaftler.

"Schließlich ist die Anwendung der nicht-invasiven Beatmung bei Patienten mit COVID-19 auf der Intensivstation umstritten. In Anbetracht der oben genannten Faktoren werden Kliniker bei kritisch kranken Patienten mit ARDS aufgrund von COVID-19 möglicherweise nicht auf nicht-invasive Beatmung zurückgreifen, bis weitere Daten aus der COVID-19-Epidemie vorliegen."

Professor Dr. Silvio A. Ñamendys-Silva, Intensivmediziner, Mexiko.

„Das Robert Koch Institut ändert seine Zählweise, dadurch werden die Daten immer unsauberer. Es wird immer schwieriger, eine objektive Zusammenfassung zu erstellen. Immer mehr beängstigendere Bilder und Berichte stürmen auf uns ein, ohne, dass sich an den Zahlen erkennbar etwas ändert."

Dr. Bodo Schiffmann, Mediziner.

„Coronaviren sind uns bekannt aus der Vergangenheit (…) Die Daten aber sprechen dafür, dass diese Erkrankung weniger gefährlich ist als Influenza. (Bei) Influenza können wir uns doch noch alle gut daran erinnern, wie es 2017 zu einer schweren Ausbruchsituation kam. Letztendlich mit 27000 Toten in Deutschland und diese 27000 Tote, die scheinen Manche verdrängt zu haben. (…) Es kann nicht sein, dass wir uns nur noch um Corona kümmern und dass irgendwo die Gefahr besteht, dass irgendwelche anderen Keimausbrüche zum Beispiel resultieren."

Professor Dr. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen.

„Angesichts der bekannten Tatsache, dass bei jeder ‚Grippe-Welle' auch immer 7-15% der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) auf das Konto von Coronaviren gehen, liegen die jetzt laufend addierten Fallzahlen immer noch völlig im Normbereich. Es sterben bei den allwinterlichen Infektionswellen auch immer etwa einer von je tausend Erkrankten. Durch selektive Anwendung von Nachweisverfahren – zum Beispiel nur in Kliniken und medizinischen Ambulanzen – lässt sich diese Rate natürlich leicht in beängstigende Höhe treiben, denn jenen, die dort Hilfe brauchen, geht es meistens schlechter als jenen, die sich zu Hause auskurieren."

Dr. Wolfgang Wodarg, Internist, Lungenarzt, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. Mitglied des Deutschen Bundestages von 1994 bis 2009.

„Ist unser Kampf gegen den Coronavirus schlimmer als die Krankheit? (…) Mögliche Anwendung eines ‚Herdenimmunitäts'-Ansatzes (…) Die Daten aus Südkorea (…) zeigen, dass 99 Prozent der aktiven Fälle in der generellen Population ‚mild' sind und keine spezifische medizinische Behandlung brauchen. (…) Die Todesfälle sind vor allem bei älteren Menschen, bei Menschen mit schweren chronischen Krankheiten wie Diabetes und Herzkrankheiten sowie bei Menschen in beiden Gruppen zu finden. Dies gilt nicht für infektiöse Geißeln wie die Grippe. Die Grippe trifft ältere und chronisch kranke Menschen ebenfalls hart, aber sie tötet auch Kinder."

Dr. David Katz, Universität Yale, USA, Gründungsdirektor des Yale University Prevention Research Center.

„Es ist in der Regel so, dass die Menschen ihre Freiheit bereitwillig aufgeben, wenn sie sich gegen eine äußere Bedrohung schützen wollen. Und die Bedrohung ist in der Regel eine echte Bedrohung, die aber meist übertrieben ist. Ich fürchte, das ist es, was wir jetzt sehen. (…) Und jeder, der die Geschichte studiert hat, wird hier die klassischen Symptome einer kollektiven Hysterie erkennen. Hysterie ist ansteckend (…) ob die Kur vielleicht schlimmer ist als die Krankheit."

Jonathan Sumption, ehemaliger Richter des britischen Supreme Court.

„Daraus lässt sich ableiten, dass die Letalitätsrate von COVID 19 deutlich unter 1% liegt: Dieser Befund wurde auch in eine Studie des Kollegen Anthony Fauci vom US National Institute of Allergy and Infectious Diseases aufgenommen, die auf einem Bericht basiert, der sich auf 1099 im Labor bestätigte COVID-19-Patienten aus 552 chinesischen Krankenhäusern konzentriert. Dies lässt vermuten, dass die klinischen Gesamtfolgen von COVD-19 letztlich ähnlich sein könnten wie die

schwere saisonale Grippe, die eine Letalität von etwa 0,1% aufweist, oder eine pandemische Grippe wie die von 1957 oder 1968, und nicht wie die von SARS oder MERS, die durch eine Letalität von 10% bzw. 36% gekennzeichnet sind und die, unglaublich zu sagen, keine Panikmache in unserem Land hervorgerufen haben.“

Professor Dr. Giulio Tarro, Virologe, Italien.

„Aber Prof. Ricciardi fügte hinzu, dass Italiens Todesrate auch aufgrund der Art und Weise, wie Ärzte die Todesfälle melden, hoch sein kann. (…) ‚Eine Re-Evaluation des Nationalen Gesundheitsinstituts zeigte, dass nur 12 Prozent der Todeszertifikate einen direkten Zusammenhang zum Coronavirus zeigten, während 88 Prozent der gestorbenen Patienten mindestens eine Vorerkrankung hatten – viele hatten zwei oder drei‘, sagte er.“

Professor Dr. Walter Ricciardi ist wissenschaftlicher Berater des italienischen Gesundheitsministers.

„Dieses Beweisfiasko schafft eine enorme Unsicherheit über das Risiko, an Covid-19 zu sterben. Gemeldete Todesfälle, wie die offizielle Rate von 3,4% der Weltgesundheitsorganisation, sind entsetzlich – und bedeutungslos. Patienten, die auf SARS-CoV-2 getestet wurden, sind unverhältnismäßig viele mit schweren Symptomen und schlechten Ergebnissen. Da die meisten Gesundheitssysteme nur über begrenzte Testkapazitäten verfügen, könnte sich die Selektionsverzerrung in naher Zukunft sogar noch verstärken. (…) Eine bevölkerungsweite Todesfallrate von 0,05% ist niedriger als die der saisonalen Grippe. Wenn dies die tatsächliche Rate ist, kann die Abriegelung der Welt mit potenziell enormen sozialen und finanziellen Folgen völlig irrational sein.“

Professor Dr. John Ioannidis, Stanford-University, USA.

„Corona: Eine Massenpanik-Epidemie. (…) Die WHO schätzt, dass eine Grippesaison etwa 500.000 Menschen tötet, d.h. etwa 50 Mal mehr als diejenigen, die bisher während der mehr als dreimonatigen Coronavirus-Epidemie gestorben sind. (…) Während der Influenzapandemie 2009 wurden keine solch drakonischen Maßnahmen ergriffen, und sie können natürlich nicht jeden Winter, der das ganze Jahr über andauert, angewandt werden, da es irgendwo immer Winter ist. Wir können nicht die ganze Welt dauerhaft abschalten.“

Professor Dr. Peter C. Gøtzsche, Medizinforscher und Professor an der Universität Kopenhagen.

„Die Medien schüren zum Coronavirus die Angst (…) Wir haben jeden Winter eine Virus-Epidemie mit Tausenden von Todesfällen und mit Millionen Infizierten auch in Deutschland. Und immer haben Coronaviren ihren Anteil daran. (…) Wer nur wegen eines positiven Coronavirus-PCR-Tests Quarantänemaßnahmen ausgesetzt wird und finanzielle Schäden erleidet, hat unter Umständen nach Paragraph 56 des Infektionsschutzgesetzes Anspruch auf Entschädigung. Aber auch gegen einen unsinnigen Freiheitsentzug sollte man sich zur Wehr setzen.“

Dr. Wolfgang Wodarg, Internist, Lungenarzt, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. Mitglied des Deutschen Bundestages von 1994 bis 2009.

„*SARS-CoV-2, das neuartige Coronavirus aus China, breitet sich weltweit aus und löst trotz seiner derzeit geringen Inzidenz außerhalb Chinas und des Fernen Ostens eine enorme Reaktion aus. Vier verbreitete Coronaviren sind derzeit im Umlauf und verursachen weltweit Millionen von Fällen. Dieser Artikel vergleicht die Inzidenz- und Sterblichkeitsraten dieser vier häufigen Koronaviren mit denen von SARS-COV-2 (…) Er kommt zu dem Schluss, dass das Problem von SARS-CoV-2 wahrscheinlich überschätzt wird, da jedes Jahr 2,6 Millionen Menschen an Atemwegsinfektionen sterben, verglichen mit weniger als 4000 Todesfällen bei SARS-CoV-2 zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels.*“

Die französischen Wissenschaftler Yanis Roussel, Audrey Giraud-Gatineau, Marie-Thérèse Jimenoe, Jean-Marc Rolain, Christine Zandotti, Philippe Colson und Didier Raoult in einem Beitrag zur Coronakrise.

„Am Jahresende werden aber alle Staaten mit Wohlstand unrettbar verschuldet, alle Menschen mit materiellem Wohlstand enteignet, die mittelständische Wirtschaft dezimiert, die großen Banken dank ihrer Kredite für Staaten saniert, der sogenannte Gesundheitssektor noch aufgeblasener und Big Pharma noch reicher geworden sein. (…) Jeder wird vor jedem in Ansteckungsangst leben und sozial isoliert arbeitslos oder im ‚Home Office' mit Online-Bestellungen dahinvegetieren. Alles über dem nackten Existenzminimum werden die Überlebenden benötigen, um das Schutzgeld für Banken und Big Pharma aufzubringen."

Dr. Gerd Reuther, Mediziner.

„Die Zahlen zu den jungen Coronavirus-Erkrankten sind irreführend (…) Vernazza fordert deshalb, alle teilweise überstürzt getroffenen Entscheidungen in den letzten Wochen nun zu reflektieren. Wenn fast 90 Prozent der Infektionen unbemerkt bleiben, mache es keinen Sinn alle Leute zu testen. (…) Aufgrund der neuen Erkenntnisse zeige sich, dass viele der Maßnahmen vielleicht sogar kontraproduktiv seien. Vor allem die Schulen zu schließen, hält er für falsch wie auch eine Ausgangssperre im epidemiologischen Sinn nicht das Richtige wäre."

Professor Dr. Pietro Vernazza, Infektiologe, Kantonsspital St.Gallen (Schweiz).

„Während der Coronavirus in aller Munde ist, hört man von der Grippewelle derzeit allerdings wenig. Dabei sind Ansteckungsgefahr und Sterblichkeit bei Influenzaviren nach Experten-Einschätzung etwa gleich hoch wie beim Coronavirus. ‚Corona ist auf keinen Fall gefährlicher als Influenza', sagt Chefarzt Clemens Wendtner von der Schwabinger Klinik für Infektiologie, wo sieben der dreizehn Corona-Infizierten in Deutschland in Behandlung sind. ‚Wir gehen davon aus, dass die Sterblichkeit deutlich unter einem Prozent liegt, eher sogar im Promillebereich', erklärt Wendtner. Das sei eine ähnliche Größe wie bei der Influenza."

Professor Dr. Clemens Wendtner, Chefarzt der Schwabinger Klinik für Infektiologie.

„Die Virologen, die jetzt das politische Geschehen maßgeblich beeinflussen, machen sich für ihre Form der Panikmache eine Neudefinition von ‚Pandemie' der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zunutze. Während zuvor eine Pandemie erst dann ausgerufen wurde, wenn ein Virus weltweit erhebliche Erkrankungsraten bewirkt, ist seit 2017 bereits die alleinige Verbreitung von Viren ein Grund dafür, einen Stufenplan des Monitorings und der Virusbekämpfung in Gang zu setzen. Da sich aber aufgrund der Globalisierung alle Formen von Viren schnell über die Welt verbreiten, ist im Grunde stets der Zustand einer Pandemie gegeben. Und jedes Jahr gibt es neue Viren, die sich schnell in der Weltbevölkerung verbreiten. Es wird so zu einer Frage der Willkür oder von speziellen Interessen, bei einem bestimmten Virus eine Pandemie auszurufen."

Professor Dr. Franz Ruppert, Psychotraumatologe.

„Die EU-Kommission hat sich mit Facebook & Co. getroffen, um Schritte gegen die Verbreitung von Verschwörungstheorien rund um den Covid-19-Ausbruch abzustimmen. (…) Alle Teilnehmer hätten versichert, dass sie ‚zuverlässige Nachrichtenquellen' prominenter darstellen, ‚verbotene oder schädliche Inhalte entfernen' (…) wollten (…) Die im Verhaltenskodex entwickelten Werkzeuge, wonach etwa enttarnte ‚Fake Accounts' und Social Bots rasch abgeschaltet und Profiteuren von Falschmeldungen die Werbeeinnahmen entzogen werden sollen, haben laut Jourová den Unterzeichnern dabei geholfen, schnell zu reagieren. (…) Facebook-Chef Mark Zuckerberg hatte parallel öffentlich versichert, entschieden gegen falsche Informationen rund um das Coronavirus vorgehen zu wollen."

Stefan Krempl, IT-Fachmagazin Heise Online.

„‚Corona ist mehr ein Kopf-Problem'. Eine deutlich höhere Gefahr als vom Corona-Virus gehe derzeit von der Grippe aus, so der Mediziner. 200 Menschenleben in Deutschland, so eine Meldung vom Donnerstagmorgen, hatte diese in den ersten Monaten des Jahres gefordert. 17.000 hatten sich hierzulande bereits infiziert. Verglichen mit den wenigen hundert in Deutschland bekannten Corona-Fällen, die meist glimpflich verliefen, sei das weitaus schlimmer. Dennoch herrsche eine

große Unsicherheit in der Bevölkerung beim Thema Corona, ein ‚riesiges Rauschen', wie Hable sagt."

Dr. Michael Hable, Amtsarzt.

„Sie können die Ansteckung nicht verhindern. Die Asymptomatischen sind ja genauso Virenverbreiter wie die Symptomatischen. (…) Die Symtomatischen sind eigentlich weniger ansteckend wie die Asymptomatischen, die noch in der Inkubationszeit sind. (…) Es ist völlig aussichtslos gegen eine virale Durchseuchung schützen zu wollen. Deswegen sind die Maßnahmen, die im Moment getroffen werden, völlig abwegig."

Dr. Claus Köhnlein, Internist.

"Wir könnten eine einfache Schätzung des IFR als 0,36% vornehmen, basierend auf der Halbierung der untersten Grenze des CFR-Vorhersageintervalls. Die beträchtliche Unsicherheit darüber, wie viele Menschen an der Krankheit leiden, der Anteil der asymptomatischen Patienten (und die Demographie der Betroffenen) bedeutet jedoch, dass dieser IFR wahrscheinlich eine Überschätzung darstellt. (...) In Island, wo die meisten Tests pro Kopf durchgeführt wurden, liegt der IFR irgendwo zwischen 0,01% und 0,19%. Unter Berücksichtigung der historischen Erfahrung, der Tendenzen in den Daten, der gestiegenen Anzahl von Infektionen in der größten Bevölkerungsgruppe und der potenziellen Auswirkungen einer Fehlklassifizierung von Todesfällen ergibt sich eine vermutete Schätzung für den COVID-19 IFR zwischen 0,1% und 0,36%."

Dr. Jason Oke, Professor Dr. Carl Heneghan, Universität Oxford, Großbritannien.

„In jedem Land sterben mehr Menschen an der regulären Grippe als an dem Coronavirus. (…) Was hat die Schweinegrippe-Pandemie gestoppt und was stoppt Viren generell? Wer glaubt, dass die Regierung Viren beendet, liegt völlig falsch. Was passiert wirklich? Das Virus, das niemand stoppen kann, verbreitet sich in der Bevölkerung, und dann wird die Bevölkerung, nicht die Gefährdeten, dem Virus ausgesetzt, und gleichzeitig bildet der Körper Antikörper, um die Krankheit abzuschalten und zu verhindern. Zurzeit wird das Virus in Israel von sehr vielen Menschen verbreitet, die nicht wissen, dass sie es haben, und die Menschen werden dem Virus ausgesetzt und werden immun. Die Infektionskette wird unterbrochen, und auf diese Weise kommt das Virus zum Stillstand."

Professor Dr. Yoram Lass, ehemaliger Generaldirektor des israelischen Gesundheitsministeriums.

„Die einzige ‚Basis' des völlig absurden im faktenfreien Vakuum schwebenden ‚Corona-Schwindels' sind die ‚5%-IPS-Patientenlüge' – jeder Primarschüler weiß, dass das Verhältnis IPS-Patienten : Erkrankten (d.h. positiv Getesteten) von 1:20 aka 5% in der Realität um den Faktor 100 oder noch tiefer liegt, weil zwar jeder IPS-Patient getestet wird aber die wenigsten Erkrankten, ergo <0.05% beträgt, und die ‚Corona-Toten-Lüge' mit der jeder an was weiß ich auch immer Verstorbene (zufällige) Träger EINES (PCR extrem sensitiv) Corona-Virus als AN COVID-19 Verstorbener gilt. Dies ist in Italien und in Deutschland so, und weil ich auf meine Anfrage an das BAG nie eine Antwort erhalten habe, wohl auch bei uns und überall sonst.„

Dr. Thomas Binder, Arzt, Schweiz.

*„Die diversen Ausgangsbeschränkungen wurden soweit ersichtlich per Allgemeinverfügung unter Berufung auf § 28 Infektionsschutzgesetz erlassen. Unter den wenigen Jurist*innen, die sich dazu öffentlich geäußert haben, scheint man sich – völlig zu Recht – mehrheitlich einig, dass diese allesamt rechtswidrig sind. Der § 28 IfSG ist bereits keine taugliche Rechtsgrundlage – mal ganz davon abgesehen, dass auch die Verhältnismäßigkeit einiger Beschränkungen sehr zweifelhaft ist. Daher hätte meines Erachtens eine Klage gegen die Allgemeinverfügungen – oder gegen entsprechende darauf basierte verhängte Strafen oder Bußgelder – gute Aussichten auf Erfolg."*

Dr. Jessica Hamed, Straf- und Verfassungsrechtlerin.

„Das Virus hat nach meiner Auffassung – und da habe ich eine große Übereinstimmung mit viele anderen Medizinern – in etwa die gleiche Gefährlichkeit wie Influenza. Wir sehen das an den

Todesraten, die in etwa bei 0,3 bis 0,7 Prozent liegen. Das entspricht dem, was wir bei Influenza auch sehen. Der Verlauf ist ähnlich. Also es ist ein Erkrankung des Hals-Nasenbereiches bis hin zur Lunge. Das ist eine Infektion, die ähnlich verläuft wie Influenza und auch ähnlich ansteckend ist. (…) Masern sind deutlich gefährlicher.“

Professor Dr. Stefan Hockertz, Immunologe und Toxikologe.

„Die Zahlen von 20 oder 50.000 Corona-Infizierten, die jeden Tag in verschiedenen Ländern genannt werden, sind völliger Unsinn. Nicht einmal 1 Prozent der Bevölkerung sind mit höchst fragwürdigen Tests untersucht worden. Über die anderen 99 Prozent wissen wir gar nichts. Bereits Anfang Februar wurde ein starker Anstieg von Grippesymptomen festgestellt. Wahrscheinlich waren das auch schon Coronafälle. Nur, es wurde nicht getestet. Die aktuellen Maßnahmen beruhen jedenfalls nicht auf Fakten, sondern sind eine irrationale Überreaktion.“

Dr. Gerd Reuter, Mediziner.

„In Italien sind die Todesfälle während der regulären Grippesaison jedes Jahr 20-mal höher als die, die bisher mit Covid-19 gestorben sind. Wie kommt es, dass wir die Intensivstationen nicht jedes Jahr überlasten? Hier sind die Daten von Covid-19 in Italien, die am 10. März 2020 um 18:00 Uhr aktualisiert wurden: 8514 Fälle mit 631 Toten. Beachten Sie, dass diese Auswahl äußerst selektiv gewählt wird, da die Tests hauptsächlich an kranken Personen durchgeführt werden. Die Mehrheit der Experten, einschließlich Ilaria Capua, glaubt, dass asymptomatische Fälle 10- bis 100-mal höher sind. Daher wird die Sterblichkeitsrate nicht 7,4% betragen, sondern mindestens zehnmal niedriger. (…) Diese Daten bestätigen, dass wir immer noch vor einer Panik-Epidemie stehen und dass die Medien die Hauptverbreiter sind.“

Dr. Leopoldo Salmaso aus Italien ist spezialisiert auf Infektions- und Tropenkrankheiten sowie die öffentliche Gesundheit.

„Es ist weder möglich eine signifikant erhöhte Letalität des Virus, noch ein pandemischen Verlauf nachzuweisen. Aus wissenschaftlichen Gründen ist es in meinen Augen zwingend erforderlich eine statistische Studie zu erstellen, um die wirkliche Gefährlichkeit der Situation zu prüfen. Politik und Ärzteschaft befinden sich bei der Coronakrise – nicht Pandemie da nicht nachgewiesen – im kompletten Blindflug. Dies kann und wird Menschenleben kosten.“

Dr. Richard Capek, Mediziner.

„Damit wird die Sterblichkeit an der Krankheit aber deutlich überschätzt, um wie viel ist aber unbekannt. Wir haben also ein Begriffswirrwarr, das sich letztlich damit erklärt, dass wir immer wieder von Infizierten anstatt von positiv Getesteten reden. Im Gedächtnis bleiben davon die hohen Zahlen, etwa die von der WHO genannte Mortalitätsrate von 3,4%. Und das erzeugt Angst. (…) dass wir dafür sorgen müssten, dass die Medien nicht über die Kraft von Bildern Emotionen erzeugen, die unser Urteil beeinflussen. Wenn man Bilder von Särgen und Sterbeabteilungen aus Italien gezeigt bekommt oder Bilder absolut leerer Regale, dann übersteigt deren Wirkungen auch genannte Fakten.“

Professor Dr. Gerd Bosbach, emeritierter Professor für Statistik, Mathematik und empirische Wirtschafts- und Sozialforschung und Mit-Autor des bekannten Buches „Lügen mit Zahlen“.

„Ich habe eine wissenschaftliche Studie über Chloroquin und Viren durchgeführt, die vor dreizehn Jahren veröffentlicht wurde. Seitdem haben vier weitere Studien anderer Autoren gezeigt, dass das Coronavirus auf Chloroquin reagiert. Nichts davon ist neu. Dass die Gruppe von Entscheidungsträgern nicht einmal über die neueste Wissenschaft Bescheid weiß, verschlägt mir den Atem. Wir wussten über die mögliche Wirkung von Chloroquin auf kultivierte Virusproben Bescheid. Es war bekannt, dass es ein wirksames Antivirenmittel ist.“

Professor Dr. Didier Raoult ist Experte für Infektionskrankheiten und leitet ein Krankenhaus in Marseille, Frankreich.

„[Frage: Frau Professorin Edenharter, sind die derzeit verhängten Kontaktverbote und Ausgangsbeschränkungen überhaupt vom Grundgesetz und den geltenden Gesetzen gedeckt?]

Ein klares Nein. Es fehlt zu allererst an einer tauglichen Rechtsgrundlage. Außerdem sind zumindest in einigen Bundesländern Regelungen beschlossen worden, die die Freiheitsrechte bestimmter Personengruppen unverhältnismäßig stark einschränken."

Professor Dr. Andrea Edenharter, Rechtsprofessorin.

„[Zitiert einen Kollegen] In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass sich das RKI aus Gründen des Infektionsschutzes gegen Obduktionen ausspricht! (...) Bisher war es für Pathologen selbstverständlich, mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen auch bei infektiösen Erkrankungen wie HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, PRION-Erkrankungen usw. zu obduzieren. Hat man Angst, davor, die wahren Todesursachen der positiv getesteten Verstorbenen zu erfahren? Könnte es sein, dass die Zahlen der Corona-Toten dann dahin schmelzen würden wie Schnee in der Frühlingssonne? Minimale bzw. begrenzte Autopsien, wie sie das RKI empfiehlt, sind übrigens immer problematisch, weil man in der Regel nur das findet, was man sucht, wesentliche unerwartete Befunde aber oft unentdeckt bleiben."

Dr. Bodo Schiffmann, Arzt.

„Wenn ein Virus nicht selbst tötet oder allein tötet, sondern nur im Verbund mit anderen Krankheiten, dann darf man dem Virus nicht die Schuld allein in die Schuhe schieben. Dass dieses passiert bei COVID-19 ist nicht nur falsch, sondern gefährlich irreführend. Weil dadurch vergisst man, dass viele andere Faktoren – lokale Faktoren – mit eine entscheidende Rolle spielen können. (...) Ich kann nur sagen: Diese Maßnahmen sind selbstzerstörerisch und dass, wenn die Gesellschaft die akzeptiert und durchführt, gleich dieses einem kollektiven Selbstmord."

Professor Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiolgie, ehemaliger Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz.

„Ein Journalismus, der öffentliche Verlautbarungen nur noch unkritisch nachplappert, ist am Ende. (...) Zeitunglesen geht im Moment schnell. Zwei Minuten, wie in der DDR. Einmal blättern und man weiß, dass sich die Regierungsmeinung nicht geändert hat und die Medienlogik auch nicht. Eigentlich habe ich dazu schon alles gesagt. Ich habe letzte Woche geschrieben, wie sich Journalismus und Politik gegenseitig hochgeschaukelt haben am Imperativ der Aufmerksamkeit und dadurch eine Realität geschaffen wurde, die man jetzt nicht einmal mehr zu dritt auf der Straße erörtern kann. Das ist der Tod von Öffentlichkeit, die online nicht wiederbelebt werden kann."

Professor Dr. Michael Meyen, Professor für Kommunikationswissenschaft an der LMU München.

"Der Salzburger Internist Jochen Schuler sprach laut 'Kurier' (Mittwoch-Ausgabe) von 'nicht quantifizierbaren medizinischen Kollateralschäden des Shutdown'. 'Es gibt derzeit eine große Menge an Patienten, die nicht gut versorgt werden. Die gewohnten Wege im Gesundheitssystem sind vielen versperrt', sagte Schuler. 'Viele von uns haben das Gefühl, dass uns das um die Ohren fliegen wird, weil die Probleme verschwinden ja nicht.'"

Dr. Jochen Schuler, Arzt, Salzburg, Österreich.

„Dies deutet darauf hin, dass die klinischen Gesamtfolgen von Covid-19 letztlich eher denen einer schweren saisonalen Grippe (mit einer Todesfallrate von etwa 0,1%) oder einer pandemischen Grippe (ähnlich denen von 1957 und 1968) ähneln als einer Krankheit wie SARS oder MERS, bei denen die Todesfälle 9 bis 10% bzw. 36% betrugen."

Dr. Anthony S. Fauci ist Immunologe Berater der US-Regierung auf den Gebieten der Biogefährdung sowie der Infektion mit HIV und anderen Viren. Co-Autoren: Dr. H. Clifford Lane und Dr. Robert R. Redfield.

„Häufig wird gesagt, wenn man jetzt dieses Corona-Virus mit Influenza vergleicht, dann sei das eine Verharmlosung. Das ist aber nicht so. Also wir haben in Deutschland eine sehr, sehr hohe

Krankheitslast durch das Influenza-Virus und auch sehr, sehr viele Todesfälle. Das bisher schlimmste Influenza-Jahr in der jüngeren Geschichte in Deutschland war der Winter 2018. Da ist es so gewesen, dass innerhalb eines Zeitraumes von 8 Wochen ungefähr 25000 Menschen in Deutschland gestorben sind. Und man sich das jetzt Mal vorstellt mit einer medialen Begleitung, wie sie heute beim Coronavirus üblich ist, dann wäre das so, dass wir wöchentlich solche Meldungen bekämen: In der ersten Woche sind 100 Menschen gestorben in Deutschland, dann sinds 1000 Menschen, dann sinds 5000 in der nächsten Woche, dann sinds 8000, dann nehmen die Zahlen langsam wieder ab. Das wäre sehr, sehr dramatisch, wenn das wirklich so medial immer begleitet würde. Von dieser Situation sind wir mit Corona sehr, sehr weit entfernt. Trotzdem ist die Angst, die viele haben, ungleich größer als sie im Winter 2018 gewesen ist.“

Professor Dr. Carsten Scheller ist Professor für Virologie an der Universität Würzburg.

„Es wurden alleine in der Steiermark 400 Menschen schon angezeigt, weil sie irgendwas falsch gemacht haben. Und da denk ich mir schon ‚Wow‘. Das hätte wir uns vor Kurzem von niemandem bieten lassen, was uns jetzt alles verboten ist. Da muss man schon abwägen: Ist dieses medizinische Risiko auf der einen Seite, das wir tatsächlich haben, es wert, dass wir sämtliche unsere Freiheiten mit den Füßen treten lassen. Ist das verhältnismäßig oder nicht? Diese Frage finde ich wichtig. Weil natürlich: Der Angstpatient möchte immer radikale Lösungen. Er möchte totale Lösungen. Das will der Angstpatient, weil er hat Angst, er will den Virus weghaben.“

Dr. Raphael Bonelli, Neurowissenschaftler und Psychologe, Österreich.

„Die Massenpsychologie lehrt uns spätestens seit Le Bon, dass sich Menschen vor allem in Krisenzeiten, unter dem Eindruck einer Bedrohung, zu einer uniformen Masse zusammenschließen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Bedrohung objektiv vorhanden ist, oder nur als solche wahrgenommen wird, vielleicht auch nur konstruiert ist. Besonders gut funktioniert dieser ungemein starke massenpsychologische Mechanismus mit einer Bedrohung, die als unbekannt, also neu wahrgenommen wird. Etwa ein Virus wie das Coronavirus.“

Harald Haas, Psychologe, Politologe.

„Wie funktioniert die Diskreditierung und Desinformation? (…) Strategie 1: Die betroffenen Personen werden in abschätziger Weise vorgestellt (…) 2: Es werden Wörter um das Begriffsfeld ‚Lügen‘ verwendet (…) 3: Argumente werden nicht konkret genannt, sondern nur angedeutet und bewertet (…) 4: In der angeblichen Widerrede werden nur Blickwinkel oder sogar Bestätigungen gebracht (…) 5: Widersprüchliche oder seltsame Aussagen der Mainstream-Meinung bleiben unbeleuchtet (…) 6: Es werden Argumente pro Regierungslinie gebracht, die – wörtlich – nichtssagend sind (…) 7: Aussagen der betroffenen Person werden falsch oder gar nicht wiedergegeben (…) Wohl aber sehe ich als Sprachwissenschaftler, dass es Filter und Diskursmuster von Journalisten wie Lobbyisten gibt, die für die Diskussion wenig hilfreich sind, denn sie verdecken den Blick auf Argumente.“

Professor Dr. Joachim Grzega, Sprachwissenschaftler.

"Bislang vermieden es das Robert Koch-Institut und die Bundesregierung, die Anzahl der wöchentlich in Deutschland durchgeführten Corona-Tests zu erheben und zu veröffentlichen. Stattdessen wurden mit aus dem Zusammenhang gerissenen Fallzahlen Angst und Panik geschürt. Amtliche Daten belegen nun erstmals, dass die rasante Zunahme der Fallzahlen im Wesentlichen aus einer Zunahme der Anzahl der Tests resultiert."

Paul Schreyer, Investigativjournalist.

„Die tatsächliche Zahl der Coronavirus-Positiven ‚kann nur nach einer ernsthaften epidemiologischen Studie angegeben werden‘, mahnt Gismondo. Sie warnt: ‚Die einzigen verlässlichen Zahlen sind heute die von Patienten, die in der Sub-Intensiv- und Intensivstation stationär behandelt werden, und die von Todesfällen‘. Folglich stellt die Virologin klar: ‚Heute können wir nur noch über den Prozentsatz der Todesfälle unter den hospitalisierten Patienten

sprechen. Alle anderen Zahlen sind falsch' und als solche ,verzerren sie auch den Eindruck der Menschen'. Es hat auch gefährliche Auswirkungen ,auf die Psyche'. Wir geben Zahlen an – so Gismondo abschließend -, die den Trend der getroffenen Maßnahmen verändern und das Verhalten der Bürger beeinflussen können"

Professor Dr. Maria Rita Gismondo, Mikrobiologin, Mailand, Italien.

„Bedenken Sie die Auswirkungen der Schließung von Büros, Schulen, Verkehrssystemen, Restaurants, Hotels, Geschäften, Theatern, Konzerthallen, Sportveranstaltungen und anderen Veranstaltungsorten auf unbestimmte Zeit und der damit verbundenen Arbeitslosigkeit und Arbeitslosigkeit aller ihrer Mitarbeiter. Das wahrscheinliche Ergebnis wäre nicht nur eine Depression, sondern ein vollständiger wirtschaftlicher Zusammenbruch mit unzähligen dauerhaft verlorenen Arbeitsplätzen, lange bevor ein Impfstoff fertig ist oder die natürliche Immunität einsetzt. (…) Personen mit höherem Risiko raten, sich durch körperliche Distanz zu schützen und unsere Gesundheitsfürsorgekapazitäten so aggressiv wie möglich zu steigern. Mit diesem Kampfplan könnten wir allmählich Immunität aufbauen, ohne die finanzielle Struktur, auf der unser Leben basiert, zu zerstören."

Professor Michael T. Osterholm, Director des Center for Infectious Disease Research and Policy an der University of Minnesota.

„*Ich bin kein Freund des Lockdown. Wer so etwas verhängt, muss auch sagen, wann und wie er es wieder aufhebt. Da wir ja davon ausgehen müssen, dass uns das Virus noch lange begleiten wird, frage ich mich, wann wir zur Normalität zurückkehren? Man kann doch nicht Schulen und Kitas bis Jahresende geschlossen halten. Denn so lange wird es mindestens dauern, bis wir über einen Impfstoff verfügen. Italien hat einen Lockdown verhängt und hat einen gegenteiligen Effekt erzielt. Die waren ganz schnell an ihren Kapazitätsgrenzen, haben aber die Virusausbreitung innerhalb des Lockdowns überhaupt nicht verlangsamt. Ein Lockdown ist eine politische Verzweiflungsmaßnahme, weil man mit Zwangsmaßnahmen meint, weiter zu kommen, als man mit der Erzeugung von Vernunft käme.*"

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, Vorsitzender des Weltärztebundes.

„[Bericht über Oxford-Studie] Coronavirus ,hat möglicherweise bereits die Hälfte der britischen Bevölkerung infiziert'. Die Untersuchung deutet darauf hin, dass die Krankheit in Großbritannien möglicherweise bereits zwei Monate früher als der erste Fall offiziell diagnostiziert wurde, verbreitet war. (…) Sollten sich die Ergebnisse der Studie als richtig erweisen, würde dies darauf hindeuten, dass nur einer von tausend infizierten Patienten eine Krankenhausbehandlung benötigt, und es besteht die Hoffnung, dass die ,Lockdown'-Maßnahmen des Vereinigten Königreichs früher als geplant aufgehoben werden könnten."

Professor Dr. Sunetra Gupta, Professor für theoretische Epidemiologie, Universität Oxford.

„[Interviewer: Aber das COVID-19 ist sehr ansteckend, Doktor…] Ja, wie eine Erkältung — in den Altenheimen sterben die Leute daran. Bis jetzt hat man sie nicht gezählt, nun tut man das aber. Im letzten Jahr gab es weltweit mehr als 500.000 Lungenentzündungen. In Afrika könnte sich eine Million mit der Meningitis anstecken, die durch Spucke übertragbar ist — und die Flugzeuge kommen und gehen. Das interessiert niemanden. Es gibt 135.000 mit Tuberkulose Infizierte in Lateinamerika, und keiner regt sich auf. Wenn jemand viel Lärm um etwas macht wie bei Corona … ich finde, das wird alles sehr dramatisiert. Vom ersten Tag an sagte ich, die Zahlen stimmten nicht — wie damals mit der Schweinegrippe."

Dr. Pablo Goldschmidt, Virologe. Monaco, Frankreich und Argentinien.

„*[Hamburger Morgenpost] Kitas und Schulen sollen möglichst bald wieder geöffnet werden, damit Kinder und ihre Eltern durch eine Ansteckung mit dem Coronavirus immun werden können. Das fordert der UKE-Infektiologe Dr. Ansgar Lohse in der ,Bild'-Zeitung. Die Fortdauer der strikten*

Maßnahmen würde zu einer Wirtschaftskrise führen, die ebenfalls Menschenleben kostet, so der Mediziner."

Professor Dr. Ansgar Lohse ist Klinikdirektor des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

„Dass Grundrechte weitgehend suspendiert werden für die gesamte Bevölkerung. Dass es bei anderen Grundrechten Einschränkungen in einem Umfang gibt, dass sie nur noch marginal ausübbar sind. Dass so viele Grundrechte gleichzeitig betroffen sind. Und wie gesagt, nicht für einzelne Menschen, sondern für alle in Deutschland. (…) Das ist in der Tat erschreckend, wie sich die Menschen einschüchtern lassen durch eine Darstellung mit Hilfe suggestiver Bilder, die Angst erzeugt. Wir haben im Fernsehen diese Särge aus Italien gesehen und schon sind die Menschen in Furcht und Schrecken versetzt und vergessen, wie sehr sie die Freiheit vorher geliebt haben, wie sehr sie es für wichtig gehalten haben, dass man Demonstrieren darf in Deutschland und so weiter."

Professor Dr. Dietrich Murswick, Professor für öffentliches Recht.

„*Persönlich würde ich sagen, dass der beste Ratschlag ist, weniger Zeit mit dem Anschauen von Fernsehnachrichten zu verbringen, die sensationell und nicht sehr gut sind. Ich persönlich halte diesen Covid-Ausbruch für eine schlimme Wintergrippeepidemie. In diesem Fall hatten wir im letzten Jahr 8000 Todesfälle in den Risikogruppen, d.h. über 65% Menschen mit Herzkrankheiten usw. Ich glaube nicht, dass der aktuelle Covid diese Zahl überschreiten wird. Wir leiden unter einer Medienepidemie!*"

Professor Dr. John Oxford von der Queen Mary Universität London, Großbritannien, ein weltweit führender Virologe und Influenza-Spezialist.

„COVID-19 wurde als die Pandemie des Jahrhunderts bezeichnet: „Es ist eine Pandemie des Jahrhunderts". Und klar in Bezug auf das, was wir sehen und hören und die Mobilisierung und all die Nachrichten und all die Todesfälle, die wir miterleben… Offensichtlich ist es eine große Bedrohung. Oder ich würde sagen, eine Bedrohung mit unbekanntem Potenzial in Bezug auf ihre letztendlichen Auswirkungen. Gleichzeitig bezeichne ich dies – da es sich möglicherweise um ein einmaliges Fiasko in einem Jahrhundert handelt – als ein Beweisfiasko (…) Aktionen (…) Einige von ihnen werden mehr Schaden anrichten als Nutzen bringen."

Professor Dr. John Ioannisdis, Stanford-University, USA.

„Wichtig ist, dass die Ergebnisse, die wir hier präsentieren, darauf hindeuten, dass die laufenden Epidemien in Großbritannien und Italien mindestens einen Monat vor dem ersten gemeldeten Todesfall begannen und bereits zur Anhäufung eines signifikanten Niveaus an Herdenimmunität in beiden Ländern geführt haben. Es besteht eine umgekehrte Beziehung zwischen dem Anteil der derzeit immunen Tiere und dem Anteil der Bevölkerung, der für schwere Krankheiten anfällig ist. Diese Beziehung kann dazu verwendet werden, zu bestimmen, wie viele Menschen in den kommenden Wochen stationär behandelt werden müssen (und möglicherweise sterben), wenn wir in der Lage sind, das aktuelle Niveau der Herdenimmunität genau zu bestimmen."

Jose Lourenco, Robert Paton, Mahan Ghafari, Moritz Kraemer, Craig Thompson, Peter Simmonds, Paul Klenerman, Sunetra Gupta, Wissenschaftler der Universität Oxford, Großbritannien.

„Ich kann also meine nagenden Zweifel nicht beantworten, es scheint nichts Besonderes an dieser besonderen Epidemie grippeähnlicher Erkrankungen zu sein. (…) Wird es, wenn das Rampenlicht erst einmal weitergezogen ist, ernsthafte und konzentrierte internationale Bemühungen geben, um die Ursachen und den Ursprung von grippeähnlichen Krankheiten und den Lebenszyklus ihrer Erreger zu verstehen?"

Dr. Tom Jefferson, Epidemiologe, Rom, Italien.

„Dasselbe trifft auf alle anderen Aussagen in dieser Spiegel-Online-Meldung zu. Besonders

hanebüchen ist die, im Jahr 2009 hätte das so genannte ‚Schweinegrippe'-Virus, auch ‚H1N1' genannt, eine Pandemie mit weltweit 150.000 Toten ausgelöst. In Wahrheit nämlich wurde ‚die große Angst vor der ‚Schweinegrippe-Pandemie' medial inszeniert', wie Ulrich Keil, Professor für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Uni Münster, jahrzehntlanger Berater der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und bis 2002 Vorsitzender der Europäischen Region des Weltverbands der Epidemiologen IEA, zu recht konstatiert. ‚Das ist heute vergessen, da nach der ausgebliebenen Katastrophe hierzulande nicht aufgearbeitet wurde, welche Irrtümer bei der Bewertung der H1N1 Grippevirus-Infektion begangen wurden. Die Gefährlichkeit der ‚Schweinegrippe' wurde völlig überschätzt'"

Professor Dr. Ulrich Keil, Epidemiologe von der Universität Münster und ehemaliger Berater der WHO.

„Nicht mehr als 10 Menschen werden in Israel an der neuartigen Coronavirus-Krankheit COVID-19 sterben, sagte der Nobelpreisträger Michael Levitt am Mittwoch voraus, als die Regierung der Bevölkerung weiterhin zusätzliche Einschränkungen auferlegte. Levitt sagte, die Befürchtungen in Israel wegen des Coronavirus stünden in keinem Verhältnis zur Bedrohung, und die Zahl der Fälle im Land sei aufgrund von Abweichungen in der Berichterstattung ungewiss. ‚Ich wäre überrascht, wenn die Zahl der Todesfälle in Israel mehr als 10 betragen würde', sagte er und fügte hinzu, dass der jüdische Staat ‚bezüglich der Krankheit nicht auf der Weltkarte zu finden sei'."

Professor Dr. Michael Levitt, Professor für Biochemie, Stanford University, USA. Nobelpreis für Chemie 2013.

„Im derzeitigen Klima wird jeder, der einen positiven Test auf Covid-19 hat, dem klinischen Personal, das sich um ihn kümmert, sicherlich bekannt sein: Wenn einer dieser Patienten stirbt, muss das Personal die Bezeichnung Covid-19 auf dem Totenschein vermerken – im Gegensatz zur üblichen Praxis bei den meisten Infektionen dieser Art. Es besteht ein großer Unterschied zwischen Covid-19, das den Tod verursacht, und Covid-19, das bei jemandem gefunden wird, der an anderen Ursachen gestorben ist. Wenn man Covid-19 meldepflichtig macht, könnte der Anschein erweckt werden, dass es immer mehr Todesfälle verursacht, ob das nun wahr ist oder nicht. Es könnte viel mehr den Anschein erwecken, dass es eher ein Killer ist als eine Grippe, einfach aufgrund der Art und Weise, wie die Todesfälle registriert werden."

Professor Dr. Jon Lee, Pathologe, Großbritannien.

"Es besteht kein signifikantes Risiko, sich beim Einkaufen mit der Krankheit anzustecken. Schwere Ausbrüche der Infektion waren immer eine Folge davon, dass Menschen über einen längeren Zeitraum näher beieinander waren, wie zum Beispiel bei den Après-Ski-Partys in Ischgl, Österreich. Er konnte auch keine Hinweise auf 'lebende' Viren auf Oberflächen finden. 'Als wir Proben von Türklinken, Telefonen oder Toiletten entnahmen, war es nicht möglich, das Virus auf der Grundlage dieser Abstriche im Labor zu kultivieren...'"

Professor Dr. Hendrick Streeck, Professor für Virologie und Direktor des Instituts für Virologie und HIV-Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

„Zunächst möchte ich sagen, dass ich in 30 Jahren der öffentlichen Gesundheitsmedizin noch nie so etwas gesehen habe, nicht einmal annähernd so etwas. Ich spreche nicht von der Pandemie, denn ich habe 30 davon gesehen, jedes Jahr eine. Sie heißt Influenza. Und andere Atemwegsviren, wir wissen nicht immer, was sie sind. Aber ich habe diese Reaktion noch nie gesehen, und ich versuche zu verstehen, warum. (...) Druck, der auf die Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens und die Verantwortlichen des öffentlichen Gesundheitswesens ausgeübt wird. Und dieser Druck kommt von verschiedenen Seiten. Der erste Ort, von dem er kam, war der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), als er sagte: ‚Dies ist eine ernste Bedrohung und ein Staatsfeind Nummer eins', ich habe noch nie gehört, dass ein Generaldirektor der WHO solche Ausdrücke verwendet."

Professor Dr. Joel Kettner, Universität von Manitoba, Kanada.

„Überhaupt ist der derzeit verbreiteten Vorstellung entgegenzutreten, dass bei den notwendigen Abwägungsentscheidungen Gesundheit und Leben apriorisch höherrangig sind als andere Verfassungsgüter. Auch wenn es schwer fällt: Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) steht unter einem einfachen Gesetzesvorbehalt. Im Interesse der persönlichen Freiheit zwingen wir niemanden, in die postmortale Organspende einzuwilligen, obwohl tagtäglich Menschen auf den Wartelisten sterben. Natürlich würden ein Tempolimit auf den Autobahnen und ein Überholverbot auf Landstraßen dazu führen, dass nicht jeden Tag neun Menschen auf Deutschlands Straßen sterben; wir machen es nicht, weil wir (hier m. E. absurderweise) die mobile Freiheit höher gewichten als den Lebensschutz."

Proessor Dr. Thorsten Kingreen, öffentliches, soziales und Gesundheitsrecht, Universität Regensburg.

„Der europäische ‚Mortalitäts-Monitor', an den wöchentlich alle Sterbefälle gemeldet werden, zeigt sogar momentan eine Untersterblichkeit an. Auch der befürchtete Ansturm auf die Krankenhäuser ist ausgeblieben. Es fehlen somit belastbare Daten, die die Schwere der Eingriffe rechtfertigen. (…) Dies ist zweifellos das größte Umverteilungsprogramm, das es je in Friedenszeiten gegeben hat. Profitieren werden Glückritter und Subventionsjäger, die in den grob gestrickten Gesetzen Lücken suchen. Profitieren werden auch Branchen wie Lieferdienste oder Medizingerätehersteller, denen man daraus keinen Vorwurf machen kann. Verlieren werden alle übrigen, insbesondere Transferempfänger und Steuerzahler. (…) Im Nachhinein müssen wir alle dafür aufkommen."

Professor Dr. Stefan Homburg, der Direktor des Instituts für öffentliche Finanzen an der Leibniz-Universität in Hannover.

„*Die CDC zählt sowohl echte COVID-19-Fälle als auch spekulative Vermutungen von COVID-19 gleich. Sie nennen es Tod durch COVID-19. Sie überschätzen automatisch die tatsächlichen Todeszahlen, wie sie selbst zugeben. Vor COVID-19 war es wahrscheinlicher, dass Menschen eine genaue Todesursache auf ihrem Totenschein vermerkt bekamen, wenn sie im Krankenhaus starben. Warum genauer, wenn ein Patient im Krankenhaus stirbt? Weil das Krankenhauspersonal über Laboratorien für physische Untersuchungsergebnisse, radiologische Studien usw. verfügt, um eine gute fundierte Vermutung anstellen zu können. Es wird geschätzt, dass 60 Prozent der Menschen im Krankenhaus sterben. Aber selbst [bei diesen] Todesfällen im Krankenhaus ist die Todesursache nicht immer klar, insbesondere bei jemandem mit mehreren Gesundheitszuständen, von denen jeder einzelne den Tod verursachen könnte.*"

Dr. Annie Bukacek ist seit 30 Jahren Ärztin im Bundesstaat Montana, USA.

„Der Bundesverband Deutscher Pathologen (BDP) und die Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP) fordern möglichst zahlreiche Obduktionen von Corona-Verstorbenen. Sie widersprechen damit der Empfehlung des Robert Koch Instituts, in diesen Fällen innere Leichenschauen zu vermeiden. Im Gegenteil sei es notwendig, weitere Erkenntnisse über die Erkrankung und deren oft erstaunlich fulminanten Verlauf zu gewinnen und offene Fragen zu beantworten. Im besten Fall ließen sich daraus weitere Therapieoptionen ableiten – darin bestehe der Wert der Obduktion für die Lebenden, so Prof. Dr. med. K.-F. Bürrig, Präsident des Bundesverbandes. Die Obduktion sei in hohem öffentlichem Interesse und sollte deshalb nicht vermieden, sondern im Gegenteil so häufig wie möglich durchgeführt werden."

Professor Dr. med. K.-F. Bürrig ist Präsident des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP).

„Schon bei Ausbruch des Marburg-Virus, bei HIV, bei SARS, MERS und BSE haben Befunde aus der Pathologie und Neuropathologie geholfen, die klinischen Krankheitsbilder zu verstehen und haben damit auch therapeutische Konzepte beeinflusst. Dies muss auch für COVID-19 gelten. Dieses Anliegen hat auch Prof. Dr. T. Welte vom Deutschen Zentrum für Lungenforschung/DZL und

Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektionsmedizin der Med. Hochschule Hannover/MHH an die DGP gerichtet."

Professor Dr. T. Welte, Deutsches Zentrum für Lungenforschung/DZL, Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektionsmedizin der Med. Hochschule Hannover/MHH.

„An der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen werde zudem gerade ein Register für COVID-19-Obduktionen im deutschsprachigen Raum eingerichtet, so der Vorsitzende der DGP, Prof. Dr. Gustavo Baretton. In Aachen werden die Obduktionsinformationen gesammelt. Die dezentrale Asservierung von Untersuchungsgewebe stellt sicher, dass es für Spezialuntersuchungen zur Verfügung steht. DGP und BDP planen einen schnellen Wissenstransfer nicht nur innerhalb des Fachs Pathologie, sondern gerade auch an Lungenfachärzte sowie Intensivmediziner, und ebenso an die zuständigen Behörden."

Professor Dr. Gustavo Baretton ist Vorsitzender der Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP).

„Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht. Und der astronomische wirtschaftliche Schaden, der jetzt entsteht, ist der Gefahr, die von dem Virus ausgeht, nicht angemessen. Ich bin überzeugt, dass sich die Corona-Sterblichkeit nicht mal als Peak in der Jahressterblichkeit bemerkbar machen wird … (…) So sei bisher in Hamburg kein einziger nicht vorerkrankter Mensch an dem Virus verstorben. (…) Es gebe keinen Grund für Todesangst im Zusammenhang mit der Ausbreitung der Krankheit hier in der Region Hamburg, sagt er""

Professor Dr. Klaus Püschel ist Rechtsmediziner und Chef der Hamburger Rechtsmedizin.

„Der Kinder- und Jugendpsychiater Michael Schulte-Markwort sagte der Zeitung: „Keine der Zahlen, die wir kennen, rechtfertigt die Angst, die in Deutschland vor dem Virus geschürt wird. Er habe den Eindruck, dass die Angst sich allmählich verselbstständige, dass gute Nachrichten im Zusammenhang mit dem Virus gar nicht mehr wahrgenommen würden."

Professor Dr. Michael Schulte-Markwort ist unter anderem ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

"sagte der Staatsrechtler und ehemalige Bundesminister Rupert Scholz, Teile davon seien verfassungswidrig. 'Die Situation, in der wir leben, hat einen notstandsähnlichen Charakter angenommen' (...) Eine Notstandsgesetzgebung gebe es jedoch nur für den Verteidigungsfall, nicht aber ein Virus wie Covid-19. Zudem müsse bei allen Gesetzen der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt bleiben. Für Scholz ist das vor allem mit Blick auf die Schließung von Hotels und Restaurants nicht der Fall. Wer sein Restaurant ohne nachgewiesene Infektion schließen musste, hat laut Scholz Anspruch auf Entschädigung."

Professor Dr. Rupert Scholz, Staatsrechtler.

„Interessanterweise ist der in Wuhan vorherrschende Typ B nicht der ursprüngliche menschliche Virustyp. Aber auch in Wuhan kommt Typ A, also das ursprüngliche menschliche Virusgenom, durchaus vor. In dieser ersten Phase des Ausbruchs waren die A- und C-Typen in signifikanten Anteilen außerhalb Ostasiens zu finden – bei Betroffenen in Europa, Australien und Amerika. Im Gegensatz dazu ist der B-Typ der häufigste Typ in Ostasien. (...) So wurde beispielsweise zunächst angenommen, dass der erste norditalienische Infektionsfall („Patient Eins") von einer bestimmten Wuhan-Kontaktperson aus seinem Bekanntenkreis infiziert worden war. Doch als diese Kontaktperson getestet wurde, stellte sich heraus, dass sie das Virus nicht hatte. Die Suche nach dem italienischen ‚Patienten Null' endete somit in einer Sackgasse"

Dr. Michael Forster, Institut für Klinische Molekularbiologie (IKMB) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU), Dr. Peter Forster, McDonald Institute for Archaeological Research an der Universität

Cambridge, et al.

"Abseits des Coronavirus werden Kontroll- und Operationstermine verschoben, 'Kollateralschäden' würden damit drohen. In Wien kommen weniger Patienten mit Herzinfarktsymptomen in die Spitäler. Bereits in der Vorwoche meldete die Kardiologische Gesellschaft rückläufige Herzinfarktzahlen. „Aber es kommen auch weniger Patienten mit diagnostizierter Herzschwäche. Diese sollten sich unbedingt melden, wenn sich ihr Zustand verschlechtert“, so der Kardiologe Thomas Stefenelli, Leiter der 1. Medizinischen Abteilung im Donauspital, gegenüber der APA."

Professor Dr. Thomas Stefenelli, Leiter der 1. Medizinischen Abteilung im Donauspital, Wien, Österreich.

„‚Wir sind überrascht, dass für Italien, einem der am frühesten und stärksten betroffenen EU-Länder, trotz der hervorragenden Forschenden bisher nur eine Handvoll italienischer Fälle in der globalen COVID-19-Falldatenbank GISAID gemeldet wurden‘, fügt Prof. Andre Franke hinzu.“

Professor Dr. rer. nat. Andre Franke, Institut für Klinische Molekularbiologie, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

"'Andauernde Gefühle von Unsicherheit, Angst und Isolation erzeugen Stress und sind ein Risikofaktor für Gesunde '(...) 'Ehemalige schwer betroffene Corona-Patienten, Ärzten und Pflegekräfte sind in und nach der Krise möglicherweise traumatisiert.' (...) 'In den Therapien arbeiten wir daran, dass Patienten aktiv ihre Tagesstruktur gestalten und unter Menschen gehen', sagt Hauth. In der Coronakrise sind viele Patienten nun isoliert und fühlen sich einsam. Ein weiteres Problem ist, dass viele Versorgungsangebote entfallen."

Dr. Iris Hauth, Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztliche Direktorin der Alexianer St. Joseph Klinik in Berlin.

„Zweifach interessant wird es, wo es um die mutmaßliche Immunität von Menschen geht, die bereits eine Infektion überstanden haben. Das verbindet Gates mit dem Thema Lockerung der Reisebeschränkungen, indem er sagt: ‚Schlussendlich werden wir ein Zertifikat für die brauchen, die entweder genesen oder geimpft sind, weil wir nicht wollen, dass Menschen beliebig durch die Welt reisen, in der es Länder gibt, die es (das Virus) leider nicht unter Kontrolle haben. Man will diesen Menschen nicht die Möglichkeit komplett nehmen, zu reisen und zurückzukommen.‘ Und dann kommt der doppelt interessante Satz: ‚Deshalb wird es schließlich eine Art digitalen Immunitätsbeleg geben, der die globale Öffnung der Grenzen ermöglichen wird.'“

Dr. Norbert Häring, Journalist und Wirtschaftswissenschaftler.

„Können die Menschen in diesem Lande nicht begreifen, daß sie verführt werden durch Menschen ohne jegliche Qualifikation? Wieler ist Tiermediziner, ohne Ausbildung in den Grundzügen der Infektiologie. Oder Spahn, Bankkaufmann ohne Ahnung von Krankheit und deren Entstehung, geschweige denn von Leben und Tod?
Von Drosten will ich nicht reden: Er hat in seinem Leben bestimmt kaum leidende Patienten gesehen oder behandelt. Und diese Menschen bestimmen, was wir dürfen und nicht dürfen? Und bedrohen uns, so daß jeder Wiederspruch zur Straftat wird? Ich bin fassungslos. Deutschland wird 85 Jahre zurückgeworfen.“

Professor Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiolgie, ehemaliger Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz.

„Für den Epidemiologen Prof. Alexander Kekulé (61), bekannt aus ‚Kekulés Corona-Kompass, (MDR), ist die Sache klar. ‚Wir können nicht auf einen Impfstoff warten und für weitere sechs bis zwölf Monate im Lockdown-Modus leben. Wenn wir das tun würden, würde unsere Gesellschaft und unsere Kultur zerstört‘, sagte er im britischen ‚The Telegraph,.“

Professor Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé ist Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

"'Daten zeigen, dass massive Wirtschaftseinbrüche ebenfalls Menschenleben in großer Zahl kosten – die Weltwirtschaftkrise 2009 etwa eine halbe Million weltweit', sagte der Philosoph. Es sei also gefährlich, Krisen wie die gegenwärtige möglichst zu strecken, um Infektionszahlen zu verlangsamen. 'Das geht nicht, das können wir nicht machen', betonte er."
Professor Dr. Dr. h.c. Julian Nida-Rümelin, Ludwig-Maximilians-Universität München.

"Der Journalist von Ouest France erzählt die Geschichte einer Videokonferenz in Anwesenheit eines Psychiaters. 'Plötzlich, mitten in der Videokonferenz, in der mehrere hundert Notärzte zusammenkommen, wie unter einer kalten Dusche. Eisig, sogar. Das Ereignis geriet nicht in die Schlagzeilen und erreichte nicht einmal die Ärzte des französischen CHU.' 'Wir hatten eine Krankenschwester, die sich die Kehle durchschnitt. In absoluter Notlage hospitalisiert. Sie dachte, sie habe ihren Mann, der Hustenanfälle hatte, angesteckt.' Pierre Vidhailhet, Psychiater an der Universitätsklinik Straßburg (Bas-Rhin), flüsterte diese Worte"

Professor Dr. Pierre Vidailhet, Psychiater, Universität Straßburg, Frankreich.

„Am Stockholmer Karolinska Krankenhaus ist die Situation in der CoronaIntensivstation deutlich ruhiger geworden, so Oberarzt David Konrad gegenüber dem öffentlich rechtlichen TV SVT. Immer mehr Patienten würden derzeit aus der Klinik entlassen, sagt er. Und von den vor allem Alten und Schwerkranken, die mit lebensgefährlichen Symptomen eingeliefert wurden, hätten deutlich über 80 Prozent überlebt. 177 Intensivstationskrankenplätze waren am Wochenende frei für neue Patienten. «Es gibt viele freie Plätze in den Intensivstationen in allen Stockholmer Krankenhäusern», so der Oberarzt. Derzeit kümmert er sich noch um 127 Corona-Patienten. Täglich kommen nur um die «sechs bis zwölf» Patienten mit schwereren Symptomen, hinzu. «Wir nähern uns der Abflachung der Erkrankungskurve», sagt Konrad.“

Dr. David Konrad, Karolinska University Hospital Stockholm, Schweden.

„215 schwangere Frauen (...) wurden bei der Aufnahme auf Symptome von Covid-19 untersucht. Vier Frauen (1,9%) hatten bei der Aufnahme Fieber oder andere Symptome von Covid-19, und alle vier Frauen wurden positiv auf SARS-CoV-2 getestet (Abbildung 1). Von den 211 Frauen ohne Symptome waren alle bei der Aufnahme fieberfrei. Von 210 der 211 Frauen (99,5%), die keine Symptome von Covid-19 aufwiesen, wurden Nasen-Rachen-Abstriche entnommen; von diesen Frauen waren 29 (13,7%) positiv für SARS-CoV-2. Somit wiesen 29 der 33 Patienten, die bei der Aufnahme positiv für SARS-CoV-2 waren (87,9%), bei der Präsentation keine Symptome von Covid-19 auf.“

Dr. Desmond Sutton, Dr. Karin Fuchs, Dr. Mary D'Alton, Dr. Dena Goffman, Columbia University Irving Medical Center, New York, NY.

„Diese Schutzmaßnahmen könnten uns gefährden. Man sollte keine Angst vor Herdenimmunität haben. (...) Wenn wir über die Schließung der Wirtschaft für eine Woche sprechen, bedeutet dies, dass wir mit diesem Geld ein schickes Krankenhaus bauen könnten, und was bedeutet es, dass wir dieses Krankenhaus nicht eröffnen können? Selbst in den trockenen und vorsichtigen Zahlen schätze ich, dass zwischen 2.000 und 4.000 Menschen im Land an der Krankheit sterben werden.“

Professor Dr. Dan Yamin, Direktor des Forschungslabors für Epidemien an der Universität von Tel Aviv.

„Ab der sechsten Woche war der Anstieg der Patientenzahl moderat und erreichte in der sechsten Woche mit 700 Patienten pro Tag seinen Höhepunkt. Seitdem ist sie rückläufig, und heute gibt es nur noch 300 neue Patienten. In zwei Wochen wird sie Null erreichen und es wird keine neuen Patienten mehr geben (...) So ist es auf der ganzen Welt. Sowohl in Ländern, in denen sie Schritte zur Schliessung unternommen haben, wie Italien, als auch in Ländern, in denen es keine Schliessungen gab, wie Taiwan oder Singapur. In diesen und jenen Ländern gibt es einen Anstieg bis zur vierten bis sechsten Woche, und unmittelbar danach eine Mäßigung, bis es in der achten Woche verschwindet“

Professor Dr. Isaac Ben-Israel, Präsident des israelischen Nationalen Forschungsrats.

„Was sich jedoch auf Deutschland schon übertragen lässt, ist die Sterblichkeitsrate unter den Menschen mit Coronavirus CoV-2-Infektionen: Unsere Ergebnisse erlauben eine recht gute Abschätzung der Letalität in der Größenordnung von 0,37 Prozent. Diese konnten wir mit einer repräsentativen Stichprobe gut ermitteln. Auch der Wissenschaftler Christian Drosten sagte im ‚heute journal', dass dieser Wert ihn nicht überrascht."

Professor Dr. Hendrick Streeck, Professor für Virologie und Direktor des Instituts für Virologie und HIV-Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

"'Ich gehe davon aus, dass zu diesen Themen noch viele Rechtsstreitigkeiten vor den Verwaltungsgerichten ausgetragen werden.' Es gebe große Zweifel, 'dass die Regelungen bestimmt genug formuliert sind'. Das fördere den Verdacht der Willkür. Für die Justiz sei die Situation in jedem Fall vollkommen neu."

Rechtsanwältin Lea Voigt, Vorsitzende des Ausschusses für Gefahrenabwehr des Deutschen Anwaltsvereins (DAV).

„Denn was aufgebauscht wird, sind seltene Einzelfälle, und zum Teil auch nur Hinweise, welche bei genauerer Betrachtung gar kein Problem darstellen. So wurden auch Fälle als «Zweitinfektionen» berichtet, bei denen es nach Abheilung einer Covid-19 Erkrankung noch einmal zum Nachweis vom Virus mittels PCR kam, aber ohne dass die Personen wieder Symptome aufwiesen. Daher lohnt es sich, wenn man sich zunächst einmal an der «normalen Biologie» orientiert. Und diese ist eindeutig: Gegen Virusinfektionen – insbesondere auch gegen Beta-Coronaviren, zu denen das SARS-CoV-2 gehört – bilden wir neutralisierende Antikörper und somit eine Immunität. (…) Nach allem was wir heute wissen, dürfen wir davon ausgehen, dass eine Infektion mit Covid-19 eine normale Antikörperantwort mit neutralisierenden Antikörpern und einer vernünftigen Immunität hinterlässt."

Professor Dr. med. Pietro Vernazza, Chefarzt der Infektiologie am Kantonsspital St. Gallen, Schweiz.

„Das absolute Risiko, an COVID-19 zu sterben, lag zwischen 1,7 pro Million für Menschen unter 65 Jahren in Deutschland und 79 pro Million in New York City. Das absolute Risiko, an COVID-19 zu sterben, lag für Menschen im Alter von ≥80 Jahren zwischen etwa 1 zu 6.000 in Deutschland und 1 zu 420 in Spanien. Das Sterberisiko für COVID-19 bei Menschen unter 65 Jahren während der Zeit, in der die Epidemie tödlich verlief, entsprach dem Sterberisiko bei einer Fahrleistung zwischen 9 Meilen pro Tag (Deutschland) und 415 Meilen pro Tag (New York City). Nur 0,3%, 0,7% und 1,8% aller COVID-19-Todesfälle in den Niederlanden, Italien und New York City entfielen auf Menschen unter 65 Jahren, die keine prädisponierenden Grunderkrankungen hatten."

Professor Dr. John Ioannidis, Stanford-University, USA.

"Die Bevölkerungsprävalenz von SARS-CoV-2-Antikörpern im Bezirk Santa Clara deutet darauf hin, dass die Infektion viel weiter verbreitet ist, als die Zahl der bestätigten Fälle vermuten lässt. Schätzungen der Bevölkerungsprävalenz können nun zur Kalibrierung von Epidemie- und Mortalitätsprognosen verwendet werden."

Professor Dr. Eran Bendavid (et al), Stanford-Universität, USA.

„Vor allem in Deutschland ist kein Krankenhaus überfordert (…) Dann sage ich, die Epidemie ist vorbei. (…) Seit mindestens drei Tagen fällt die Zahl der Neuinfizierten in Europa (…) Um Immunität zu bekommen, ist der schnellste Weg, Kinder einander anstecken zu lassen und das ist, wie man die Älteren davor beschützt, infiziert zu werden (…) Maßnahmen haben die Situation verschlimmert (…) Öffnet die Schulen! Es gibt keinen und gab nie einen Grund, die Schulen zu schließen."*

Professor Dr. Knut Wittkowski aus New York, USA, Epidemiologe und Biostatistiker. (*Interview

vom 8.4.)

„Solche Apps werden ja derzeit auf europäischer Ebene diskutiert. Und das zeigt schön die Problematik auf, die wir bereits angesprochen haben, vom Übergang in die neue Realität: die Frage, wie es nach dem Lockdown auf längere Sicht weitergehen soll. Und wie das dann alles mit unseren Grundrechten vereinbar ist. Da wird es schnell viel problematischer, als es heute schon ist. Und eine derartige App ist in der Tat hoch problematisch. Denn damit könnte man 24-Stunden-Bewegungsprofile von Personen erstellen. Somit wäre zwar die Rückverfolgbarkeit der Ansteckungskette wohl möglich. Gleichzeitig hätten Sie faktisch dasselbe Ergebnis, wie wenn Sie uns alle rund um die Uhr observierten. Bei derart schwerwiegenden Grundrechtseingriffen ist es Aufgabe des Staates, nach Methoden zu suchen, die vielleicht etwas weniger effektiv sind, aber dafür die Privatsphäre des Einzelnen viel weniger beeinträchtigen"

Professor Dr. Markus Schefer ist Professor für Staatsrecht und Verwaltungsrecht an der Universität Basel, Schweiz.

„Das Coronavirus gefährdet global die Gesundheit der Menschen – und bringt das komplette Leben ins Trudeln. Professor Ulrich Keil, Epidemiologe von der Universität Münster und ehemaliger Berater der WHO, vergleicht die jetzige Epidemie mit anderen Seuchen. Er ruft zu mehr Gelassenheit auf. (…) ist in diesen Tagen in schwerer Sorge."

Professor Dr. Ulrich Keil, Epidemiologe von der Universität Münster und ehemaliger Berater der WHO.

„Corona zeigt: Die digitalen Plattformen mögen wichtig sein, die Realität aber wird nach wie von den Leitmedien gesetzt. Die Macht liegt bei denen, die es schaffen, ihre Version der Wirklichkeit in der Tagesschau zu platzieren, in der Süddeutschen Zeitung, im Spiegel, in der Zeit, in der Bild-Zeitung. Wir haben gesehen, was passiert, wenn die Pressemitteilungen der Regierung zur Medienrealität werden, die großen Leitartikler mit den Politikern heulen und ihre kleinen Gefolgsleute jeden Abweichler im Netz als Verschwörer und Gesundheitsfeind brandmarken. Zustimmungsraten wie in Nordkorea."

Professor Dr. Michael Meyen, Professor für Kommunikationswissenschaft an der LMU München.

"Auf der Grundlage öffentlicher und veröffentlichter Informationen schätzen wir, dass das gesamte symptomatische Todesfallrisiko (die Wahrscheinlichkeit, nach der Entwicklung von Symptomen zu sterben) von COVID-19 in Wuhan bei 1,4% (0,9-2,1%) lag, was wesentlich niedriger ist als sowohl das entsprechende rohe oder naive bestätigte Todesfallrisiko (2.169/48.557 = 4,5%) als auch der Approximator1 der Todesfälle/Todesfälle + Genesungen (2.169/2.169 + 17.572 = 11%) zum 29. Februar 2020."

Professor Dr. Tsz Kei Joseph Wu (et al), Professor für Epidemiology und Biostatistik, Hongkong, China.

„Ein wissenschaftlich fundierter Diskurs aller relevanten Medizingesellschaften mittel z. B. ad Hoc Kommission hat nicht stattgefunden. Stattdessen wurden Virologen zu Medienstars und Beratern der Politik, die nun den Krieg gegen Corona (Präsident Macron) oder drakonische Maßnahmen auch für Demokratien ausrufen. (…) Immunologisch sind sich jedoch weite Teile der medizinischen Fachgesellschaften einig, bedarf es einer Herdenimmunisierung durch Infektion oder Impfung, um der Pandemie Einhalt zu gebieten. (…) Getrieben durch die Medien erleben wird eine Eskalationsstufe nach der anderen und stehen nunmehr vor der Einschränkung demokratisch verbriefter Grundrechte, ohne den demokratischen Gesellschaftsprozess eines diskursiven Dialoges auch nur annähernd zu führen."

Professor Dr. med. Harald Matthes ist ärztlicher Leiter des Berliner Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe.

"*Können die Menschen in diesem Lande nicht begreifen, dass sie verführt werden durch Menschen ohne jegliche Qualifikation? Wieler ist Tiermediziner, ohne Ausbildung in den Grundzügen der*

Infektiologie. Oder Spahn, Bankkaufmann ohne Ahnung von Krankheit und deren Entstehung, geschweige denn von Leben und Tod?
Von Drosten will ich nicht reden: Er hat in seinem Leben bestimmt kaum leidende Patienten gesehen oder behandelt. Und diese Menschen bestimmen, was wir dürfen und nicht dürfen? Und bedrohen uns, so dass jeder Widerspruch zur Straftat wird? Ich bin fassungslos."

Professor Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiolgie, ehemaliger Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz.

"Obduktionen an COVID-19-verstorbenen Patienten sind nicht gefährlicher als andere infektiöse Verstorbene, zum Beispiel Tuberkulose- oder HIV- oder Hepathitis-C-Infizierte. (...) Natürlich hat die Obduktion einen ganz wesentlichen Beitrag zu leisten - wie sie sagen - die richtige Todesursache zu klären. Ob man an COVID verstorben ist oder mit COVID. Es geht auch darum, dieses neue Krankheitsbild besser zu verstehen."

Professor Dr. Gustavo Baretton ist Vorsitzender der Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP).

"Die Pandemiepsychose eröffnet die Möglichkeit für die Herstellung einer neuen totalitären Weltordnung zur Rettung der Menschheit. Dass es größere Interessen gibt, einen Massenwahn zu erzeugen oder auch nur zu nutzen, das wird sofort als 'Verschwörungstheorie' abgestraft. (...) Die Virusangst muss nur längere Zeit geschürt werden, zum Beispiel durch Virusmutation oder 'neue' Viren, sodass praktisch alle Notstandsgesetze fortdauern müssen. Mit der Infektions- und Todesangst werden jeder Protest und auch alle Gegenbeweise im Keime erstickt und alle schwerwiegenden Folgen, wie Arbeitslosigkeit, Insolvenz, Verarmung, soziale Not, schwere psychische und psychosoziale Erkrankungen, Gewalt, werden den Viren angelastet. Die politischen und ökonomischen Verhältnisse und Ursachen bleiben unangetastet."

Dr. Hans-Joachim Maaz, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Halle sowie langjähriger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie.

"Bis heute steht ein großer Teil der hektisch freigeräumten Intensivbetten in Kliniken leer. Es hat sich herumgesprochen, dass die ersten Prognosen einer ungebremsten exponentiellen Verbreitung des angeblich ganz neuen Coronavirus weit übertrieben waren. Entwarnung liegt in der Luft, begleitet von Ermahnungen, die Kontaktsperre und Vereinzelungen nicht zu schnell aufzugeben. Aber haben sie wirklich dazu beigetragen, eine medizinische Katastrophe zu vermeiden? Weitgehend unbeachtete Daten des Robert Koch-Instituts legen nahe, dass der Trend schon vor den härtesten Gegenmaßnahmen wie Schulschließungen und Versammlungsverboten umgekehrt war. Und dass SARS-CoV-2 nur eine Teilrolle bei den in den Fokus genommenen Krankheiten hat — wie jedes Jahr die unterschiedlichen Viren zur Grippesaison."

Dr. Johannes Wollbold, Systembiologe und Mathematiker.

"Wir hätten niemals den Stoppknopf drücken sollen. Kommentatoren und Montagstrainer müssen die Taschenlampe ausschalten: Der dänische Gesundheitsdienst hat die Kontrolle über die Situation. Und die totale Abschaltung war ein Schritt zu weit."

Professor Dr. Jens Otto Lunde Jörgensen, Aarhus Universitetshospital, Dänemark.

"Einige der Wasserträger der neuen Weltregierung haben sich schon verplappert: Eine Aufhebung der Grundrechtseinschränkungen würde voraussetzen, dass es eine Impfung oder ein Medikament gegen 'Covid-19' gibt. Die Tatsache, dass die große Mehrzahl der Betroffenen entweder gar nicht krank wird oder die Krankheit ohne jede Therapie bewältigt, entlarvt die Bedrohlichkeit dieser Ansage."

Dr. Gerd Reuther, Universitätsdozent und Facharzt für Radiologie

"Die Epidemie bringt eine zweite, nicht minder beunruhigende Tatsache zum Vorschein: Der Ausnahmezustand, auf den uns die Regierungen seit geraumer Zeit einstimmen, ist zu unserem

Normalzustand geworden. Es kam in der Vergangenheit zu schlimmeren Epidemien als der heutigen, aber niemand hatte jemals daran gedacht, deshalb einen Notstand wie den jetzigen auszurufen, der uns sogar daran hindert, uns frei zu bewegen. Die Menschen haben sich daran gewöhnt, unter Bedingungen einer ständigen Krise und eines ständigen Notstands zu leben. Dabei scheinen sie nicht zu bemerken, dass sich ihr Leben auf eine rein biologische Funktion reduziert hat und nicht nur jeder sozialen oder politischen, sondern auch menschlichen oder affektiven Dimension verlustig gegangen ist. Eine Gesellschaft, die im ständigen Ausnahmezustand lebt, kann keine freie Gesellschaft sein."

Professor Dr. Giorgio Agamben, Italien. Philosophieprofessor an den Universitäten Venedig und Paris.

"Nach einer neuen Studie des RKI ist diese Reproduktionszahl, die sie nannten, die angibt, wie viele neue Personen ein Infizierter ansteckt... ist vor dem Lockdown auf unter 1 gefallen. (...) Wenn man sich die Graphik anschaut, dann sieht man (...) am 20. März ungefähr sinkt sie unter 1. Drei Tage später dann erst kam der Lockdown. Das war der 23. März. Und wenn man jetzt weiter schaut, dann sieht man, die Kurve bleibt mit kleineren Schwankungen so unter 1. Es ist nicht so, dass nach dem Lockdown die Kurve weiter runtergeht. Man kann deshalb zweierlei daraus schließen: 1. Der Lockdown war nicht nötig, weil er [Reproduktionsfaktor, Reproduktionszahl] schon unter 1 war, und 2. war der Lockdown auch nicht wirksam, weil er [Reproduktionsfaktor, Reproduktionszahl] durch den Lockdown nicht weiter gefallen ist."

Professor Dr. Stefan Homburg, Universität Hannover.

"Es ist wichtig, dass die Ärzte gehört werden. Aber offensichtlich gibt es da Situationen (...) wo aber den Ärzten im Spital und den offiziellen Funktionen ein Maulkorb verpasst worden ist"

Dr. Stephan Rietiker, Mediziner, Schweiz.

"Das psychologische Prinzip, das uns Angst vor der Schweinegrippe, der Vogelgrippe oder COVID-19, aber nicht vor der gewöhnlichen Grippe macht, heißt Angst vor dem Risiko der Angst. Es ist leicht, Angst vor Episoden zu schüren, bei denen viele Menschen innerhalb eines kurzen Intervalls sterben, wie z.B. Flugzeugabstürze oder Epidemien. (...) Als sich zum Beispiel die Schweinegrippe ausbreitete, folgten viele Regierungen dem Rat der Weltgesundheitsorganisation und horteten Tamiflu, ein Medikament, das zum Schutz vor den schweren Folgen der Grippe auf den Markt gebracht wurde. Dennoch hatten viele Expertenberater der WHO finanzielle Verbindungen zu Arzneimittelherstellern, und es gibt immer noch keinen Beweis dafür, dass Tamiflu wirksam ist."

Professor Dr. Gerd Gigerenzer ist Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz an der Universität in Potsdam.

"Suizide, gesellschaftliche Wut und juristische Klagen – Epidemien wie die von SARS (2003 in China und Kanada) und Ebola (2014 in Westafrika) verdeutlichten bereits, was eine Quarantäne bei den betroffenen Menschen auslösen kann. Die potenziellen Vorteile einer solchen verpflichtenden Massenisolierung müssen deshalb sorgfältig gegen die psychologischen Nachteile abgewogen werden, betonen Dr. Samantha K. Brooks vom Londoner King's College und Kollegen."

Dr. Samantha K. Brooks (et al), King's College, London, Großbritannien.

"'Wir erwarten von der Bundeskanzlerin, die drastisch zurückgestellten Klinikbehandlungen wieder aufnehmen zu dürfen.' (...) Gaß betont: 'Es drohen Menschen zu sterben, weil sie wegen Corona nicht rechtzeitig behandelt werden.' Es gibt Belegungsrückgänge in den Kliniken von 30 Prozent. Gaß: 'Wir haben 150.000 freie Krankenhausbetten und rund 10.000 freie Intensivbetten.' (...) In Berlin sind nur 68 ITS-Betten mit Corona-Patienten belegt, 60 davon werden beatmet. Dem stehen 341 leere ITS-Betten gegenüber. Gaß: 'Die Berliner Notklinik mit 1000 Betten in den Messehallen wird aktuell nicht gebraucht.'"

Dr. Gerald Gaß, Präsident der deutschen Krankenhausgesellschaft.

"Hat SARS-CoV-2 die ganze Welt zum Narren gehalten? (...) Ein IFR-Wert von 0,1%, was wahrscheinlich eine konservative Zahl ist, deutet darauf hin, dass alle bereits infiziert sind. Dies impliziert, dass SARS-CoV-2 sich rasch ausbreitete, bevor sich fast jeder dessen bewusst war. Es ist daher wahrscheinlich, dass das Virus über die Luft übertragbar ist. Ich fordere die Welt eindringlich auf, schnell und geordnet von der Abriegelung wegzukommen und vernünftige Ansätze zur Bekämpfung der Krankheit zu entwickeln, ohne weiteres wirtschaftliches Elend zu verursachen. Es mag schwierig sein, dies zu tun, aber die Heilung ist derzeit viel schlimmer als die Krankheit."

Professor Dr. Mikko Paunio, Epidemiologe, Universität Helsinki, Finnland.

"Ich denke, was wir sehen, ist ein Tsunami einer gewöhnlichen milden Krankheit, der über Europa fegt und manche Länder tun dies und manche Länder tun das und manche Länder tun das nicht und am Ende wird es nur sehr kleine Unterschiede geben (...) Die meisten Menschen, die es bekommen, werden noch nicht einmal merken, dass sie infiziert sind."

Professor Dr. Johan Giesecke, Epidemiologe, Schweden.

Institut für Anaesthesiologie der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. E. Kochs)

Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal

Ulrike Butz

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D Neumaier

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. M. Blobner

2. Univ.-Prof. Dr. E. Kochs

Die Dissertation wurde am 29.11.2004 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 11.05.2005 angenommen.

Meinen Eltern

Florentina und Karl Butz

in Dankbarkeit gewidmet

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AF	Atemfrequenz	(1/min)
ATPS	Spirometerbedingungen	
BL	Baseline Werte	
BTPS	Körperbedingungen	
C	Celsius	(°)
CaO_2	Arterielle O_2 -Konzentration	($mmol \cdot l^{-1}$)
$CaCO_2$	Arterielle CO_2 -Konzentration	($mmol \cdot l^{-1}$)
CvO_2	Gemischtvenöse O_2 -Konzentration	($mmol \cdot l^{-1}$)
$CvCO_2$	Gemischtvenöse CO_2 -Konzentration	($mmol \cdot l^{-1}$)
CO_2	Kohlendioxid-Gas	
Fe	Expiratorische Gaszusammensetzung	
Fi	Inspiratorische Gaszusammensetzung	
FR	Atemfrequenz	(1/min)
HF	Herzfrequenz	(l/min)
HZV	Herzzeitvolumen	(l/min)
K	Kelvin	
N_2	Stickstoff-Gas	
O_2	Sauerstoff-Gas	
p	Signifikanz	
Pb	Umgebungsluftdruck	(mmHg)
PE	Expiratorischer Partialdruck	(mmHg)
PI	Inspiratorischer Partialdruck	(mmHg)
$PaCO_2$	arterieller Blutgaspartialdruck für CO_2	(mmHg)
PaO_2	arterieller Blutgaspartialdruck für O_2	(mmHg)
P_{H2O}	Sättigungsdruck des Wassers	(kPa)
$P_{ia}O_2$	intraarteriell gemessenes O_2	(mmHg)
$P_{pet}CO_2$	massenspektrometrisch bestimmtes CO_2	(mmHg)
$P_{tc}CO_2$	transkutan gemessene Näherung für den pCO_2	(mmHg)

$P_{tc}O_2$	transkutan gemessene Näherung für den pO_2	(mmHg)
Q	Lungenkapillardurchblutung	(l/min)
RR	Blutdruck nach Riva Rocci	(mmHg)
RQ	Respiratorischer Quotient	
SpO_2	arterielle periphere Sauerstoffsättigung	(%)
SPSS	US-Software für statistische Analysen	
STPD	Standartbedingungen	
T	Temperatur	(°C)
Ts	Spirometertemperatur	(°C)
VA	Alveoläre Ventilation	($l_{STPD} \cdot min^{-1}$)
VCO_2	CO_2 -Abgabe	($l_{STPD} \cdot min^{-1}$)
VO_2	O_2-Abgabe	($l_{BTPS} \cdot min^{-1}$)
VD	Totraumventilation	($l_{BTPS} \cdot min^{-1}$)
VE	expiratorisch gemessenes Atemzeitvolumen	($l_{BTPS} \cdot min^{-1}$)
VT	Atemzugvolumen	(l_{BTPS})

1. EINLEITUNG

1.1 Historischer Überblick der Entwicklung der Operationshygiene

Seit Etablierung der Chirurgie war die Bekämpfung der Wundinfektion ein entscheidendender Parameter für eine erfolgreiche Operation. Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde die mögliche Übertragung von infektiösen Keimen erforscht. Dabei wurde entdeckt, dass die Infektion über den Luftweg eine bislang unterschätzte Rolle spielte (26). In unmittelbarem Zusammenhang mit den neuen Erkenntnissen der aufstrebenden wissenschaftlichen Hygiene standen Bemühungen um keimarmes bzw. keimfreies Arbeiten in der Geburtshilfe und bei operativen Behandlungsmethoden.
Mit der Festigung der wissenschaftlichen Bakteriologie reifte die Erkenntnis, dass Keime, die durch die Luft oder durch die Hände des Operateurs in eine Wunde gelangten, für eine dramatische Wundinfektion verantwortlich waren, die dem chirurgischen Arbeiten bis weit in das 19. Jahrhundert hinein die Schranken gewiesen hatten. Die Einführung der Antisepsis und Asepsis war eng mit den beiden Ärzten Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865) und Joseph Lister (1827-1912) verbunden. Semmelweis hatte als erster erkannt, dass das gefürchtete Kindbettfieber keineswegs von miasmatischen Verunreinigungen der Luft oder überwiegend von der „Unreinlichkeit der Wöchnerinnen“ und der damit verbundenen Autoinfektion ausging, sondern in erster Linie von den Händen der gynäkologischen Untersucher und Geburtshelfer. Semmelweis hatte beobachtet, dass insbesondere solche Frauen dem Kindbettfieber zum Opfer fielen, die von Ärzten oder Studenten unmittelbar nach Sektionen untersucht oder behandelt wurden. Er trieb seine Beobachtung weiter voran und fand sie bald vielfach bestätigt. Als Konsequenz schrieb er gründliches Hände waschen in einer Chlorkalklösung, regelmäßiges Waschen des Bettzeuges sowie eine sorgfältige Reinigung der gynäkologischen Instrumente vor. In der Chirurgie hat sich insbesondere Lister der antiseptischen Methode angenommen. Er wurde auf die keimtötende Wirkung der Karbolsäure aufmerksam, auf deren desinfizierenden Effekt

bereits der Franzose Jules Lemaire hingewiesen hatte. Von den Arbeiten Pasteurs beeinflusst, war Lister am Ende der sechziger Jahre des 19. Jahrhunderts zunächst der Desinfektionswirkung von Chlorzink, Sulfid und Phenol nachgegangen, konzentrierte sich dann aber aus Kostengründen und aufgrund der größeren Wirksamkeit auf Versuche mit Karbolsäure. Hinter diesen Versuchen stand die Einsicht, dass man die Wunde vor dem Kontakt mit der Luft und den in ihr enthaltenen Luftkeimen schützen müsse. Deshalb kam es darauf an, den gesamten Operationsbereich durch Zerstäubung des Desinfektionsmittels einzunebeln. Dieses Verfahren steigerte die Effektivität der Maßnahme und verringerte noch dazu ihre Kosten. Die erste Publikation der neuen Methode datiert aus dem Jahre 1867. In Deutschland wurde dieses antiseptische Verfahren vor allem durch Richard von Volkmann (1830-1889) eingeführt. Tatsächlich gelang es, die Infektionshäufigkeit durch den Einsatz von zerstäubter Karbolsäure drastisch zu reduzieren. Ein weiteres bewirkte die Reinigung der Instrumente und der Hände der Operateure. Neben diesen unbestrittenen Vorteilen war aber die Einnebelung des Operationstisches mit Karbolsäure für Ärzte und Schwestern nicht gefahrlos. Allergische Reaktionen, Hautverätzungen sowie Nieren- und Leberschädigungen, die durch das Einatmen der Karbolsäuredämpfe bewirkt wurden, häuften sich. Darüber hinaus zeigte sich im Laufe der Jahre, dass ganz offensichtlich die Bakteriendichte und die Bakterienvermehrung in der Luft überschätzt worden war. Beide Erkenntnisse führten zu einer Aufgabe des Verfahrens. Ernst von Bergmann propagierte die Sublimat-Desinfektion (HgC12), jedoch kam auch dieser Methode ein hohes Gefahrenpotential zu. Curt Schimmelbusch (1860-1895) gelang in den achtziger Jahren der Nachweis, dass strömender heißer Wasserdampf die keimtötende Wirkung der Karbolsäure bei weitem übertreffen könnte. Ausgehend von dieser Beobachtung konstruierte Schimmelbusch Dampfsterilisatoren. In diesen sogenannten Schimmelbuschtrommeln wurde endlich eine nahezu 100%ige Sterilisation der Operationsinstrumente erreicht. Eine wirklich aseptische Operationstechnik war jedoch erst möglich, nachdem sich auch systematische Handwaschungen, die Desinfektion des Operationsfeldes und schließlich das Tragen von hauchdünnen

Gummihandschuhen durchgesetzt hatten. Um die Desinfektion der Hände mit den weniger aggressiven Mitteln Seife und Alkohol, hat sich in den späten achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts insbesondere Paul Fürbringer (1849-1930) verdient gemacht. Das Aufstreichen von Jodtinktur geht auf Antonio Grossich (1849-1926) zurück, während Paul Friedrich (1867-1925) in Deutschland und William Stuart Halsted (1852-1922) in Amerika das Tragen von Gummihandschuhen einführten. Gleichzeitig wurden experimentelle Arbeiten zur Verhütung von Tröpfcheninfektion durch Mundschutz in Form von Operationsmasken, bestehend aus einer Mullbinde, entwickelt.

Mirkulicz postulierte 1897 die Verwendung von sterilisierten Zwirnhandschuhen und Mullbinden während der Operation als Beitrag zur Sicherung des aseptischen Verlaufs von Operationswunden (46).

Hübener bestätigte 1898 mit seinen zahlreichen Versuchen die Möglichkeit der oralen Bakterienübertragung. Weiterhin erbrachten seine Tests über die Verwendung erster Operationsmasken zur Vermeidung der Krankheitsübertragung bei Leprakranken interessante Ergebnisse (31).

Die Bestrebungen der Antisepsis und der Asepsis vereinigten sich etwa um die Jahrhundertwende und das Bild des im Frack, ohne Mundschutz und ohne Gummihandschuhe operierenden Chirurgen verschwand allmählich (19).

Seit dem Einführen des Mundschutzes findet neben dem Effekt der aseptischen Operationsbedingungen auch eine persönliche Beeinflussung des Chirurgen durch die Operationsmaske statt. Diese Veränderungen ergeben sich aufgrund von atemphysiologischen Vorgängen, welche im nachfolgenden Kapitel dargestellt sind.

1.2 Atemphysiologie: Ventilation, Perfusion und Gasaustausch

Die Atmung des Menschen ist ein wesentlicher Bestandteil zur Aufrechterhaltung und Regulation der Stoffwechselvorgänge des Körpers. Zur Energiegewinnung aus aufgenommenen Nährstoffen brauchen menschliche Zellen in der Regel Sauerstoff. Als Abbauprodukt muss das Kohlendioxid aus dem Körper eliminiert werden. Dieser Vorgang wird ganz allgemein als Atmung bezeichnet.

Mit jedem Liter Luft atmen wir etwa 170 ml O_2 (STPD) ein. Ein Teil des Sauerstoffes gelangt in den Alveolarraum und von dort ins Blut, so dass die ausgeatmete Luft bei normaler Atmung in Ruhe noch etwa 130 ml O_2 je Liter enthält. Wird die Ventilation bei unveränderter O_2-Aufnahme ins Blut gesteigert, so wird sogar noch mehr O_2 wieder ausgeatmet. Wird umgekehrt der O_2-Bedarf des Organismus gesteigert, ohne dass die Ventilation in gleichem Maße erhöht wird, so wird auch mehr O_2 aus der Atemluft ausgeschöpft. Die wichtige Beziehung zwischen exspiratorisch gemessener Ventilation VE, O_2-Aufnahme VO_2 und exspiratorischer Gaszusammensetzung lässt sich durch folgende Bilanzgleichung ausdrücken:

$$VO_2 = VE \cdot (FI - FE)\, O_2 \qquad \text{(Gl. 1)}$$

FI und FE sind hier die O_2-Fraktionen in der Inspirationsluft bzw. Exspirationsluft. Für die CO_2-Abgabe (abgegebene CO_2-Menge pro Zeit, VCO_2) gilt eine analoge Beziehung:

$$VCO_2 = VE \cdot FECO_2 \qquad \text{(Gl. 2)}$$

Die Ventilation, auch Atemzeitvolumen genannt, wird meist aus Atemzugvolumen (VT) und Atemfrequenz (fR) bestimmt:

$$VE = VT \cdot fR \qquad \text{(Gl. 3)}$$

Inspiratorisches und exspiratorisches Atemzugvolumen (unter BTPS- Bedingungen) sind nahezu gleichgroß; geringfügige Unterschiede ergeben sich daraus, dass die CO_2-Abgabe in der Regel etwas niedriger ist als die O_2-Aufnahme (RQ < 1), so dass insgesamt etwas weniger Volumen aus - als eingeatmet wird. Für die weitere Betrachtung sollten diese Unterschiede, die durch Einführung der sogenannten Stickstoffkorrektur berücksichtigt werden können, vernachlässigt werden, und das Symbol VT kennzeichnet das (expiratorisch gemessene) Atemzugvolumen. Entsprechende Unterschiede gibt es zwischen der inspiratorischen und der expiratorischen Ventilation, welche jedoch als gering vernachlässigt werden sollen. Statt des Symbols VT für die Ventilation hat sich allgemein das Symbol VE eingebürgert. Es trägt der Tatsache Rechnung, dass die Ventilation meist expiratorisch, z.B. durch Sammeln im Spirometer, gemessen wird. Bei der Verwendung der Gleichungen 1 und 2 müssen die Messbedingungen beachtet werden. So sind VO_2 und VCO_2 in STPD, VE aber in BTPS einzusetzen. Mit der Gleichung 3 und den folgenden Gleichungen 4 und 5 können diese Untersuchungen in die Gleichungen 1 und 2 eingeführt werden und es kann die Fraktion F ersetzt werden durch den Partialdruck P (der bei der weiteren Betrachtung des Gasaustausches vorgezogen wird). Daher ergibt sich:

$$VO_2 = 1/115 \cdot VE \cdot (PI - PE)\, O_2 \qquad \text{(Gl.4)}$$

$$VO_2 = 1/115 \cdot VE \cdot (PE)\, CO_2 \qquad \text{(Gl.5)}$$

(VO_2 und VCO_2 in l_{STPD} ; P in kpa; die Zahl 115 hat die Dimension kPa und besitzt einen anderen Wert, wenn P in anderen Einheiten gemessen wird). Die Gleichungen 4 und 5 zeigen die Messung der pulmonalen O_2-Aufnahme (VO_2) und CO_2-Abgabe (VCO_2). Hierzu wird die Ausatemluft gesammelt (gemischt-expiratorisches Gas) und die darin enthaltene O_2- und CO_2-Fraktion oder deren Partialdruck gemessen. Die Ventilation (Atemzeitvolumen) VE ergibt sich als gesammeltes Gasvolumen pro Zeit.
Der in die Lungen eingeatmete Sauerstoff wird von dem die Lungenkapillaren

durchstömenden Blut aufgenommen; nur ein sehr kleiner Anteil von höchstens einigen Prozent wird vom Lungengewebe selbst verbraucht. Wegen der O_2-Aufnahme in den Alveolen hat das Blut in den Pulmonalvenen eine höhere O_2-Konzentration als in der Pulmonalarterie. Letzteres entsteht im Herzen als gemischt-venöses Blut. Die Zusammensetzung des Blutes in den Pulmonalvenen ist nahezu gleich derjenigen in irgendeiner peripheren Arterie. Ist also Q die Lungenkapillar-durchblutung und sind CaO_2 und CvO_2 arterielle und gemischt-venöse O_2-Konzentration, so gilt die Fick'sche Gleichung als Massenbilanz:

$$VO_2 = Q \cdot (Ca - Cv)\, O_2 \qquad \text{(Gl.6)}$$

$$VCO_2 = Q \cdot (Cv - Ca)\, CO_2 \qquad \text{(Gl.7)}$$

Die Lungenkapillardurchblutung Q ist normalerweise etwa gleich dem Herzzeit-volumen HZV. Die praktische Bedeutung der Gleichung 6 liegt daher darin, dass sie das Herzzeitvolumen aus der Messung von O_2-Aufnahme und arteriovenöser Konzentrationsdifferenz zu messen gestattet (Ficksches Prinzip):

$$HZV = VO_2 / (Ca - Cv)\, O_2 \qquad \text{(Gl.8)}$$

Bei bekannter Herzfrequenz lässt sich aus Gleichung 7 auch das Herzschlagvolumen berechnen. Das Verhältnis von CO_2-Abgabe zu O_2-Aufnahme wird respiratorischer Quotient, RQ, genannt:

$$RQ = VCO_2 / VO_2 \qquad \text{(Gl.9)}$$

Nur wenn sich der Organismus im Fließgleichgewicht (steady state) befindet, sind pulmonale O_2-Aufnahme und CO_2-Abgabe dem O_2-Verbrauch bzw. der CO_2-Bildung im Stoffwechsel gleich; nur dann ist also der im Atemgas gemessene Lungen-RQ gleich dem durch die Zellatmung bestimmten Stoffwechsel-RQ. Abweichungen

des Lungen-RQ vom Stoffwechsel-RQ ergeben sich besonders bei Veränderung der Ventilation. Die Belüftung der luftleitenden Wege wie Mundhöhle, Nase, Pharynx, Larynx, Trachea, Bronchien bis zu den Bronchioli terminales, trägt nicht zum Gasaustausch bei und bilden den sogenannten anatomischen Totraum. Von dem anatomischen Totraum unterscheidet sich der physiologischen Totraum. Dieser entsteht, weil nicht alle anatomisch vorhandenen Alveolen am Gasaustausch teilnehmen, sondern ein Anteil der Alveolen zwar perfundiert, das sauerstoffarme Blut dabei jedoch nicht oxygeniert wird. Durch den Anteil des nichtoxygenierten Blutes, welcher sich mit dem oxygenierten Blut vermischt, ergibt sich ein funktioneller Shunt. Nach Abzug dieser Totraumbelüftung von der gesamten Ventilation verbleibt die alveoläre Belüftung, deren Höhe die Zusammensetzung des Alveolargases bestimmt. Bei der Einatmung eines Atemzugvolumens sind die Atemwege von der letzten Expiration mit Gas aus dem Alveolarraum (Alveolargas) gefüllt. Wird nun ein Atemzugvolumen VT mit Frischluft eingeatmet, so gelangt in den Alveolarraum zunächst das Alveolargas, das sich noch im Totraum befindet (Volumen VD) und nur mit dem Rest VT-VD kommt Frischluft in die Alveolen; der übrige Teil der Frischluft bleibt im Totraum liegen. Nur der alveoläre Teil des Atemzugvolumens VTA=VT-VD wird mit dem Alveolargas durchmischt und dient so der Frischgasbelüftung des Alveolarraumes; das Totraumvolumen wird unverändert wieder ausgeatmet. Ist also VA die alveoläre Ventilation, d.h. die gesamte Ventilation (VE) abzüglich der Totraumventilation ($VD = VD \cdot fR$), gilt:

$$VA = VE - VD \qquad \text{(Gl.10)}$$

Je höher die alveoläre Ventilation, desto “frischer” ist das Alveolargas, d.h. desto ähnlicher ist seine Zusammensetzung der eingeatmeten Luft. Nicht die gesamte Ventilation sondern nur die alveoläre Ventilation bestimmt die alveolären Partialdrücke von CO_2 und O_2 und damit auch die arteriellen Partialdrücke dieser Gase. Man charakterisiert die Zustände normaler oder veränderter alveolärer Ventilation daher auch nach dem Verhalten des arteriellen PCO_2:

- Normoventilation. Normale alveoläre Ventilation, d.h. PCO_2 ist normal (=5,3 kPa / 40 mmHg).

- Hyperventilation. Alveoläre Ventilation über den Stoffwechselbedarf hinaus gesteigert, so dass PCO_2 erniedrigt ist (< 5,3 kPa / 40mmHg).

- Hypoventilation. Alveoläre Minderbelüftung in Relation zum Stoffwechselbedarf mit Anstieg von PCO_2 (>5,3 kPa / 40mmHg).

Beschreibend und ohne Bezug auf Gasaustausch oder Blutgase sind die Begriffe Eupnoe (normale Ruheatmung), Hyperpnoe (erhöhte Atemzeitvolumen), Tachypnoe (Atemfrequenz gesteigert) und Apnoe (Atemstillstand). Dyspnoe und Orthopnoe bezeichnen subjektiv empfundene Atemnot (36).

Unter Verwendung von Operationsmasken findet kein ungehindertes Entweichen des unter Normoventilation ausgeatmeten CO_2 statt. Dadurch kann es zu einer Akkumulation von CO_2 unter den Operationsmasken kommen. Die mit CO_2 vermehrt angereicherte Luft wird wieder eingeatmet, was einen daraus resultierenden Anstieg von CO_2 im Blut zur Folge hätte. Eine Erhöhung des CO_2 -Partialdruckes im Blut kann zu einer kompensatorischen Hyperventilation führen. Diese Effekte können einen Einfluss auf die Qualität des Operationsergebnisses haben, worauf im folgenden Kapitel näher eingegangen werden soll.

1.3 Aspekte der Qualitätssicherung

Bei der Einführung und Entwicklung des Mundschutzes war der gewünschte Effekt, die bakterielle Infektion offener Wunden durch den Chirurgen zu verhindern. Die Sicherung des Aseptischen Operationsfeldes stellte hierbei das Hauptkriterium für die Qualität der Maske dar.

Ford und Peterson untersuchten die Effektivität von 11 verschiedenen Maskentypen durch quantitative Messung der zurückgehaltenen Bakterien. Die dabei erzielten Ergebnisse erbrachten eine Variabilität der Effektivität von 15,5 bis 99,19% (23).

Für eine optimale chirurgische Leistung spielen jedoch neben der Keimverhütung weitere Faktoren eine Rolle. In der Literatur wird von Effekten, wie die der persönlichen Beeinflussung des Chirurgen durch subjektive Faktoren wie Diskomfort berichtet. Weiterhin liegen Studien über objektive physiologische Veränderungen vor, welche sich durch das Tragen der Maske ergeben.

So widmeten sich Enerson, Eisenfeld und Kajikuri der Wärme - und Feuchtigkeitsentwicklung unter Operationsmasken und des subjektiven Komforts als beeinflussende Faktoren der chirurgischen Leistung. Dabei zeigte sich bei allen 6 getesteten Masken eine Temperaturerhöhung um 5°C und eine relative Feuchtigkeitszunahme um 16%. Beide Messwerte wurden dabei im unkomfortablen Bereich liegend gewertet (20).

Es ist eine Tatsache, dass das Operationspersonal, vor allem bei längeren Operationen, über Müdigkeit und wiederholtes Gähnen klagt. Dies könnte Folge einer durch CO_2-Rückatmung bedingten Veränderung des physiologischen Gasaustausches sein.

Ramanathan untersuchte die unmittelbare Umgebung unter Operationstüchern bei wachen Patienten während Augenoperationen. Neben einer signifikanten Temperaturerhöhung um 6,9 °C und Zunahme der relativen Luftfeuchtigkeit um 26% wurde eine Abnahme der Sauerstoffkonzentration von durchschnittlich 3,4% und eine Zunahme der Kohlendioxidkonzentration von durchschnittlich 3,5% unter dem Operationstuch bestätigt. Nach Einsatz eines Absaugers und Applikation eines Sauerstoffzuführenden Schlauches wurde eine zufriedenstellende Annäherung an die Umgebungswerte erzielt (51).

Schlager untersuchte die Rückatmung von CO_2 unter Operationstüchern und beschreibt eine Zunahme der Kohlendioxidkonzentration unter dem Operationstuch zwischen 8 mmHg und 10 mmHg. Weiterhin stellte er erhöhte transkutan ermittelte PCO_2 -Werte und eine reflektorisch erhöhte Atemfrequenz fest. Die Zuführung von 2 $l.min^{-1}$ konnte dabei Hypoxie, nicht jedoch Hyperkapnie vermeiden (58).

1.4 Ziel dieser Studie

Bislang existieren keine Studien, welche prüfen, ob es neben den genannten und bislang untersuchten Effekten, zu einer CO_2-Rückatmung bei Operationsmasken kommt. Die vorliegende Studie geht auf diesen Effekt, welcher sich durch das Tragen einer Operationsmaske ergibt, ein. Es soll bewiesen werden, dass es zu einer CO_2-Akkumulation unter der Maske und infolgedessen zu einer CO_2-Rückatmung und einem daraus resultierenden Anstieg des Kohlendioxid im Blut kommt. Als Hauptvariable gilt hierbei der transkutan gemessene CO_2-Partialdruck. Als Nebenvariable wird die Atemfrequenz bestimmt, dabei wird untersucht, ob eine reflektorische Zunahme der Atemfrequenz infolge von Hyperkapnie zu verzeichnen ist. Als Nullhypothese 1 wurde formuliert: Verglichen mit der Gruppe ohne OP-Maske führt die Verwendung einer OP-Maske zu keinen Unterschieden in den Hauptzielkriterien. Als Alternativhypothese 1 gilt: Die Verwendung der OP-Maske führt im Vergleich zur Gruppe ohne Maske zu einer Rückatmung von Kohlendioxid und einem Anstieg der Parameter für Kohlendioxid und einer Zunahme der Atemfrequenz. Die hieraus resultierenden Ergebnisse sind von Interesse in Bezug auf die sich hieraus ergebenden gesundheitlichen Überlegungen für medizinisches Personal. Sie sollen jedoch vor allem unter dem Aspekt der Qualitätssicherung, in Bezug auf die mögliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des OP-Personals beleuchtet werden. Mögliche qualitätssichernde Konsequenzen sollen dargelegt und diskutiert werden.

2. METHODEN

Es handelt sich um eine nicht geblindete, randomisierte Pilotstudie im Cross-over Design. Die experimentellen Untersuchungen zur Bestimmung der CO_2-Parameter wurde nicht invasiv durchgeführt und von der Ethikkommission der Universität Innsbruck genehmigt.

2.1 Probanden

2.1.1 Einschluss und - Ausschlusskriterien

Die Messungen wurden an 15 männlichen Probanden durchgeführt. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde von jedem Probanden eingeholt. Einschlusskriterien waren ein Body-Mass-Index von 20 bis 25 und ein Alter von 18 bis 40 Jahren. Als Ausschlusskriterien wurden eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten, kardiorespiratorische, metabolische und neurologische Erkrankungen herangezogen. Außerdem wurden Personen mit fieberhaften Infekten und Probanden, welche 24 h vor Messbeginn besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt waren, von der Untersuchung ausgeschlossen. Rauchen stellte ein weiteres Ausschlusskriterium dar.

Die anamnestischen Angaben, die vor Zulassung der Probanden als Versuchsteilnehmer erhoben wurden, waren durch eine klinische Untersuchung ergänzt worden. Hierbei wurde neben dem allgemeinen körperlichen Status besonderer Wert auf Normalbefunde hinsichtlich Körpergewicht, beziehungsweise Body-Mass-Index, Puls und Atemfrequenz gelegt.

Die Studie wurde so entworfen, dass die Messungen in drei Studiengruppen durchgeführt werden sollten. So nahmen alle Probanden an jeder der drei

Studiengruppen in zufälliger Reihenfolge teil. Die Reihenfolge der Testreihen wurde anhand eines Randomisierungsschemas (siehe Anhang) zufällig bestimmt. Die Zuteilung der Probanden zu den Studiengruppe erfolgte unter zu Hilfenahme eines Zufallsgenerators (Microsoft® Excel).

2.2 Messparameter

Unter Durchführung der drei Testreihen wurden die Versuche in Studiengruppe A ohne Maske durchgeführt, während in den Studiengruppen B Testmaske 1 und in Studiengruppe C Testmaske 2 Verwendung fanden. In jeder der genannten Studiengruppen wurden die transkutane CO_2-Konzentration und die Atemfrequenz zu unterschiedlichen Zeitpunkten als Messparametern ermittelt. Als Kontrollparameter wurden die nicht invasive pulsoximetrische Sauerstoffsättigung, die Herzfrequenz sowie die gemessene CO_2-Konzentration unter der Operationsmaske, d.h. die Konzentration des CO_2-Gehaltes in der Einatemluft, herangezogen.
Des weiteren wurden die Testpersonen nach dem subjektiven Komfort beim Tragen der beiden Masken befragt.

2.3 Verwendete Messgeräte

2.3.1 Operationsmasken

Für den Versuch wurden zwei handelsübliche OP-Masken verwendet, welche im täglichen Klinikalltag der Universitätsklinik Innsbruck Verwendung finden.
Es wurde darauf geachtet, dass die Masken so angelegt wurden, dass eine hohe Dichtigkeit gewährleistet war, um die am Maskenrand entweichende Rate der Ausatemluft so gering wie möglich zu halten. Dies wurde durch eine sachgemäße, relativ straffe Schnürung der Masken erreicht. Um der Situation der Benutzung der Masken im Operationssaal gerecht zu werden, wurde auf größtmöglichen subjektiven Komfort geachtet. Es kamen die beiden folgenden Masken zum Einsatz:

2.3.1.1 Maske 1



Abb.1: Maske 1 vom Typ 3M® OP-Maske 1810F

2.3.1.2 Maske 2

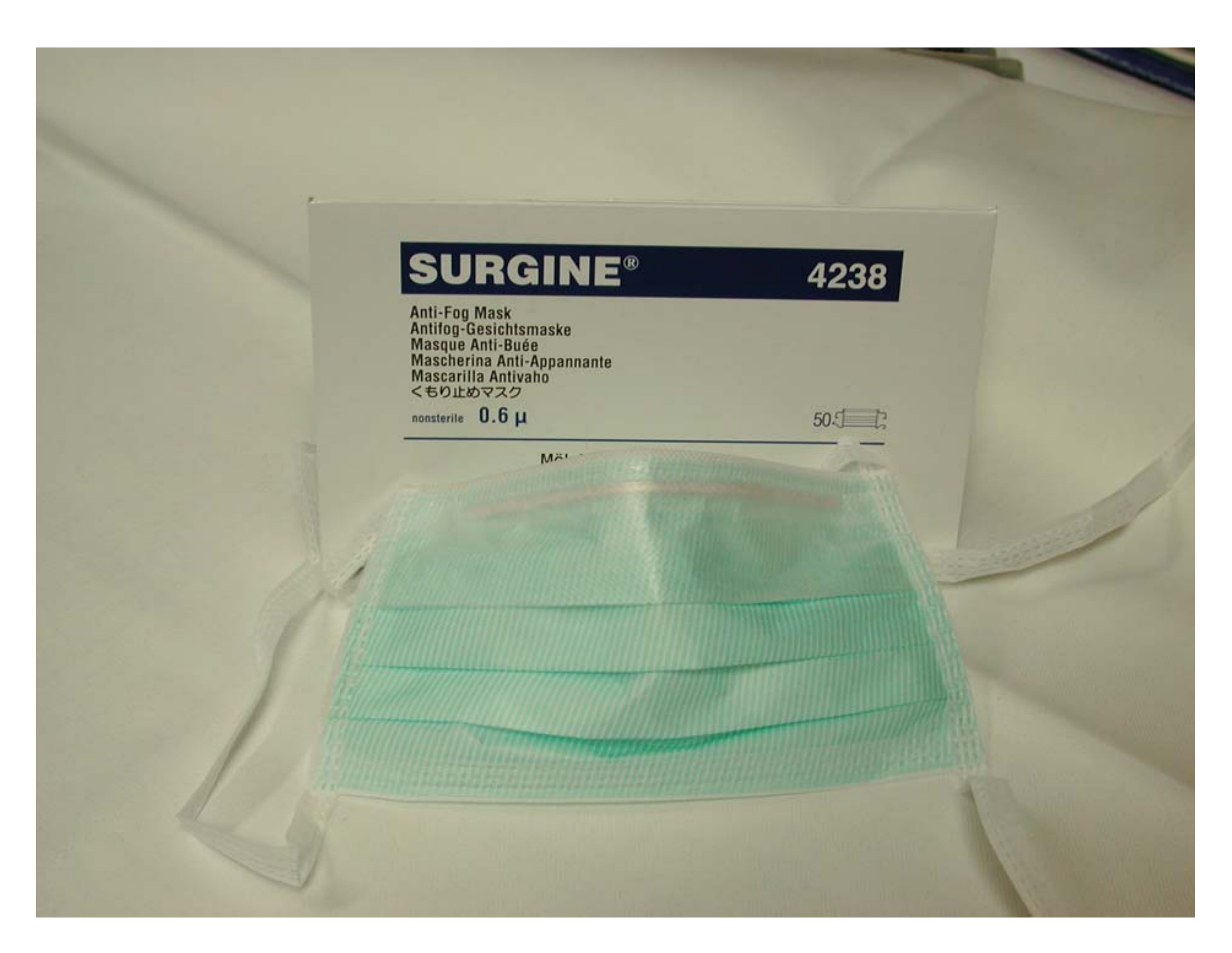


Abb.2: Maske 2 vom Typ SURGINE® 4238 Antifog-Gesichtsmaske, Mölnlynche Health Care

2.3.2 Transkutane Blutgasanalyse

Zur Bestimmung des Kohlendioxidgehaltes im Blut wurde die nicht invasive transkutane CO_2-Bestimmung herangezogen.

Hierbei wird eine Elektrode mit Hilfe eines separaten Fixierringes auf die Haut des Patienten festgeklebt. Die Elektrode erwärmt das darunter liegende Hautareal auf 43° C. Dies führt zu einer starken Erhöhung der Durchlässigkeit der Hautkapillaren für CO_2 und O_2 Die Gase diffundieren durch die Haut und können in ihrer Konzentration mittels einer kombinierten Platin- und Silberelektrode polarographisch für O_2 und über eine pH- Glaselektrode für CO_2 bestimmt werden. Nach rechnerischer Elimination des Messverzuges von 20 s für $P_{tc}O_2$ und 50 s für $P_{tc}CO_2$ liegt die Messabweichung für

$P_{tc}CO_2$ im Messbereich von 0 mmHg bis 999 mmHg bei 1 mmHg. $P_{tc}O_2$ liegt im Messbereich von 5 mmHg bis 200 mmHg unter 0,5% (50).

Vor Beginn der Untersuchung findet eine Kalibrierung des Gerätes statt. Hierzu wird Raumluft für die O_2 und ein spezielles Gasgemisch für die für CO_2-Kalibrierung verwendet. Das Gasgemisch, bestehend aus 5% CO_2, 20,9 % O_2 und ergänzendem N_2, wird vom Hersteller als standardisiertes Prüfgas geliefert. Die Temperatur für die Kalibrierung beträgt 43° C. Vor dem Ende der Messung erfolgte zur Überprüfung einer systemischen Drift nochmals eine Kalibrierung des Messgerätes. Die Untersuchung wurde mit einem Gerät vom Typ Radiometer® (Abb.3) mit kombinierter O_2 /CO_2 -Elektrode (Abb.4 und 5) Copenhagen, Denmark sowie einem zugehörigen TCM-3®-Monitor (Abb.3) durchgeführt.



Abb.3: RADIOMETER™ -Überwachungssystem mit TCC3® mit TCM3®-Monitor



Abb.4: RADIOMETER ™ $P_{tc}O_2$ /P_{tc} CO_2 –Festkörperelektrode
Der PCO_2 –Meßteil befindet sich in der Mitte der Elektrode

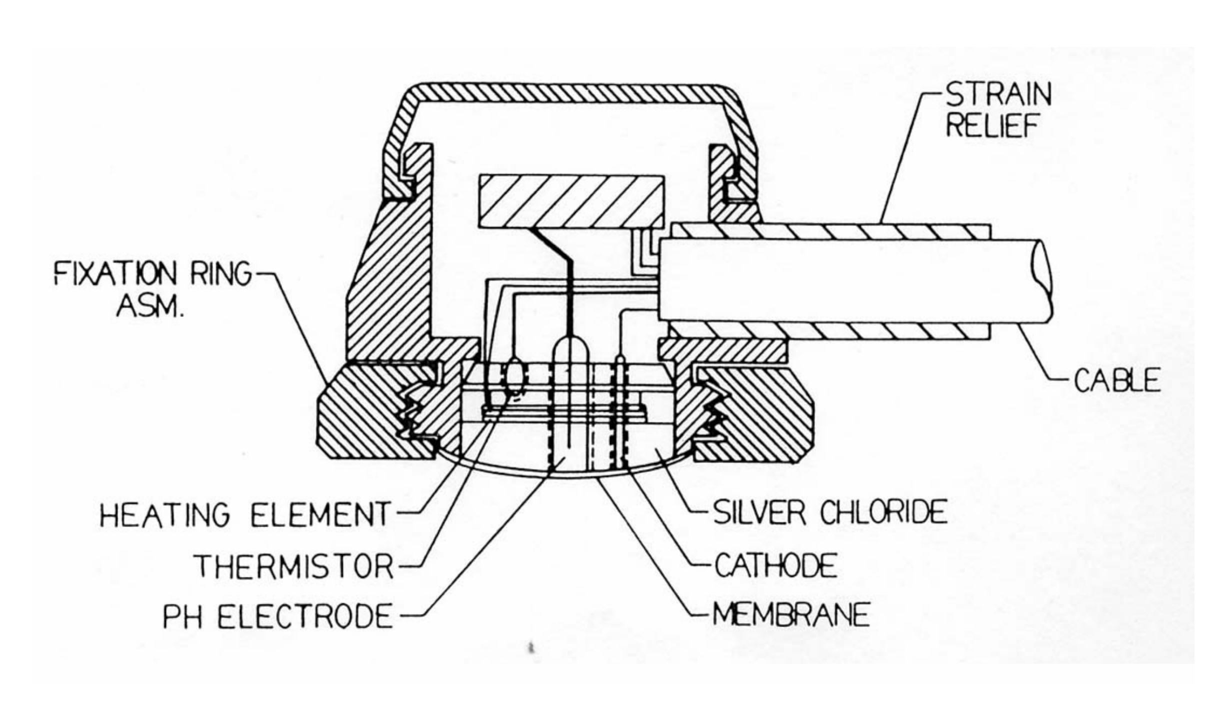


Abb.5: Quergeschnittene Ansicht auf einen kombinierten PO_2/P CO_2 –Sensor

2.3.3 Herzfrequenz, Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung

Bei allen Probanden wurde über die gesamte Versuchszeit die arterielle Sauerstoffsättigung als Kontrollparameter bestimmt. Hierfür wurde die nichtinvasive Pulsoxymetrie verwendet. Benutzt wurde das Gerät vom Typ Ohmeda Biox 3700®. Das Pulsoxymeter misst über eine angelegte Fingersonde den Anteil des oxygenierten Hämoglobins am Gesamthämoglobin. Dies geschieht unter Ausnutzung der unterschiedlichen Infrarotabsorption für oxygeniertes und nichtoxygeniertes Hämoglobin. Der Anteil des gemessenen oxygenierten Hämoglobins wird verrechnet und prozentual angegeben. Gleichzeitig wird aus der Pulswelle des Messsignals die periphere Pulsfrequenz pro Minute errechnet und angezeigt. Der Messfehler liegt für einen Messbereich von 80% bis 100% unter 2% (49). Als Monitor kam ein Anästhesiemonitor vom Gerätetyp Cardiocap®, Datex® zum Einsatz.

Die Atemfrequenz wurde anhand der atmungsanhängigen Thoraxexkursion der Probanden bestimmt. Gezählt wurden die Atemzüge im Zeitraum von einer Minute, ab dem Messzeitpunkt.

Als weiterer Kontrollparameter wurde die CO_2-Konzentration unter der Operationsmaske ermittelt. Hierfür wurden zwei Plastikschläuche verwendet. Die Schläuche wurde mit einem handelsüblichen Klebeband unter der Maske festgeklebt. Um einen konstanten Fluss der Atemluft zu gewährleisten, bzw. atmungsabhängige Schwankungen der CO_2-Werte zu vermeiden, wurde eine spezielle Konstruktion zwischengeschaltet. Diese Konstruktion übernahm die Funktion eines Reservoir. Dies wurde erreicht, indem zwei großkalibrige Spritzkanülen luftdicht miteinander verbunden wurden, an deren vorderen Enden jeweils die Schläuche befestigt waren.

2.4 Versuchsablauf

Es fanden drei verschiedene Testreihen zu zufälligen Zeitpunkten statt. Dabei wurden zwei Testreihen mit zwei verschiedenen Operationsmasken und eine Testreihe ohne Operationsmaske durchgeführt (Tab.1).

Studiengruppe	Untersuchung
A	ohne Maske
B	Maske 1
C	Maske 2

Tab.1: Untersuchungsmerkmal der Studiengruppen

2.4.1 Messung der Ausgangswerte

Der Proband wurde aufgefordert auf einer Untersuchungsstuhl mit Rückenlehne Platz zu nehmen. Das Pulsoxymeter war am Zeigefinger der rechten Hand angebracht worden. Anschließend wurde die Elektrode für die transkutane Datenerhebung fixiert. Hierbei wurde ein separater Fixierring auf die Haut des Probanden geklebt, in welchen die Elektrode platziert wurde. Diese befand sich am linken lateralen Thorax, in der Höhe des vierten Intercostalraumes.

Nach Abschluss aller Vorbereitungen wurden unter Ruhebedingungen in Studiengruppe A die folgenden Ausgangswerte bestimmt:

- Atemfrequenz (AF)
- Herzfrequenz (HF)
- Sauerstoffsättigung (SpO_2)

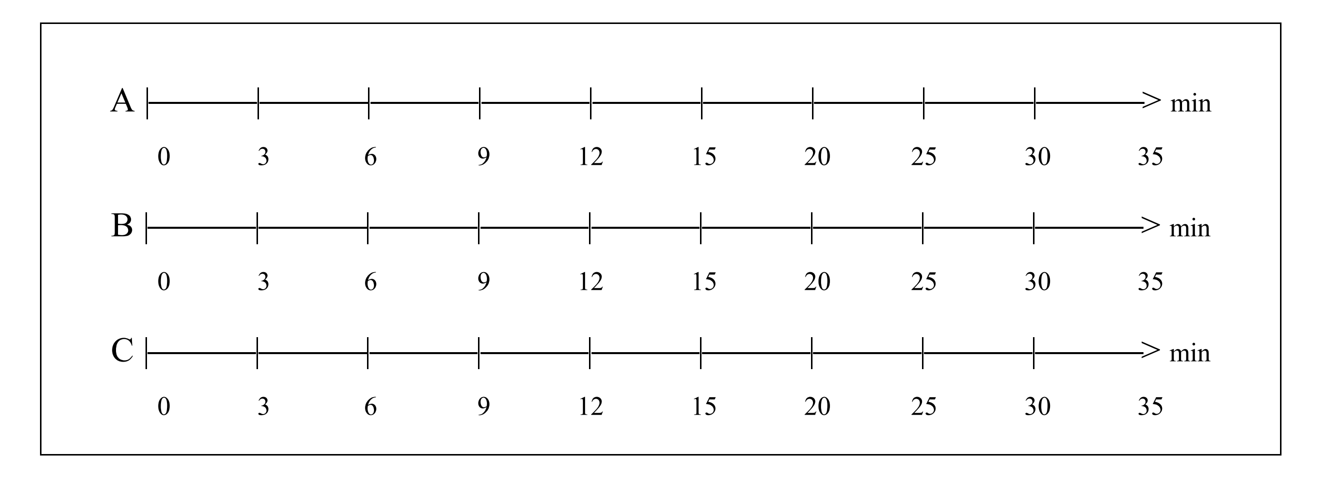
Nach 10 Minuten wurde der annähernd konstante Wert des

- Transkutanen CO_2 -Partialdruckes ($P_{tc}CO_2$)

dokumentiert. Bei Durchführung der Messungen in den Studiengruppen B und C wurden nach Anlage des Pulsoxymeters und der Elektrode zusätzlich die Plastikschläuche mit einem handelsüblichen Klebeband in Mundnähe an der Gesichtshaut festgeklebt. Nach Ende der Versuchsvorbereitungen wurden vor dem Anlegen der Maske die Ausgangswerte AF, HF, $P_{tc}CO_2$ und SpO_2 als erste Kontrollwerte dokumentiert.

2.4.2 Ermittlung der Messwerte

Nach dem ersten Erfassen von $P_{tc}CO_2$, AF, HZ und SpO_2 als Ausgangswerte zum Zeitpunkt 0 wurde der Versuch fortgeführt und dem Probanden in Studiengruppe B die Maske 1 (3M® OP-Maske 1810 F) und in Studiengruppe C die Maske 2 (Surgine® 4238 Antifog Gesichtsmaske) angelegt. Es wurde darauf geachtet, dass eine hohe Dichtigkeit der Maske gewährleistet wurde, um die am Maskenrand entweichende Ausatemluft so gering wie möglich zu halten. Dies wurde durch eine sachgemäße, relative straffe Schnürung der Masken erreicht. Nun wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten neun weitere Messungen zu den Zeitpunkten nach 3, 6, 9, 12, 15, 20, 25, und 30 Minuten durchgeführt (Tab.2). Wiederum wurden AF, HZ, $P_{tc}CO_2$, SpO_2, sowie die CO_2-Konzentration unterhalb der Maske gemessen. Nach 30 Minuten wurde die Maske entfernt. Nach weiteren 5 Minuten wurde ein weiterer Wert erfasst. Dieser Wert nach Abnehmen der Maske wurde als Kontroll-werte für die Studiengruppe A herangezogen.



Tab.2: Versuchsverlauf nach Gruppen

Für die Darstellungen der Messwerte wurde ein TCM 3®-Monitor sowie ein Anästhesiemonitor verwendet. Die exakte Erfassung der Messzeitpunkte erfolgte mit einer Stoppuhr.

Am Ende der drei verschiedenen Untersuchungen wurden die Versuchspersonen nach dem subjektiv empfunden Komfort beim Tragen der Masken befragt. Dabei sollten beide Masken hinsichtlich des angenehmeren Tragens miteinander verglichen werden. Die Teilnehmer sollten bewerten, welche der beiden Testmasken während des Versuchszeitraumes als angenehmer zu Tragen empfunden wurde.

2.5 Statistik

Für die Statistische Analyse wurde MS Excel (Microsoft®) und SPSS® 8.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) benutzt. Es wurde der experimentelle Effekt auf einer Maske zu Maske Basis untersucht und graphisch dargestellt. Die Veränderung von $P_{tc}CO_2$ in mmHg sowie die Atemfrequenz in min^{-1} wurden gegen die Zeit aufgetragen. Die demographischen Daten und die Ausgangswerte wurden innerhalb der Gruppe mit dem einseitigen Anova-Test verglichen.
Weil die individuellen Ausgangsmesswerte für Atemfrequenz, Herzfrequenz und $P_{tc}CO_2$ variierten, wurden die Berechnungen der Datenanalyse und die graphischen Darstellungen mit Deltawerten durchgeführt. Diese errechneten sich aus den

Differenzen der Messwerte zum jeweiligen Zeitpunkt X der Untersuchung und den Ausgangswerten. Die Datenanalyse wurde mit dem Anova-Test für wiederholte Stichproben, gefolgt von dem zweiseitigen ungepaarten T-Test durchgeführt (Tallaria and Murray 1986) . In jeder Gruppe wurde die $P_{tc}CO_2$ und Atemfrequenzänderung quantitativ bestimmt. Nach der Bonferroni Korrektur für wiederholende Vergleiche wurden Unterschiede als signifikant gewertet, wenn $p \leq 0,05$.

3.ERGEBNISSE

3.1 Demoskopie

Während dieser Pilotstudie wurden 45 Testversuche an 15 verschiedenen Probanden durchgeführt. Die Studienteilnehmer waren im Alter von 21 bis 38 Jahren.
Alle Probanden waren hinsichtlich kardiorespiratorischer, metabolischer und neurologischer Erkrankungen gesund. Dementsprechend nahm keiner der Versuchsteilnehmer regelmäßig Medikamente ein. Der Body-Mass-Index der Teilnehmer lag zwischen 20 und 25 (Tab.3). Außerdem waren alle Teilnehmer zum Zeitpunkt der Untersuchung Nichtraucher. Die angegebenen Werte der Herzfrequenz (HZ) sowie der Atemfrequenz (AF) wurden durch die Mittelwerte der jeweils gemessenen Einzelwerte bestimmt (Tab.4).

Proband	Alter (Jahre)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	BMI
1	32	81	185	23
2	25	73	180	22
3	28	67	186	20
4	21	90	190	24
5	33	84	196	21
6	28	68	172	22
7	28	88	187	25
8	24	66	178	20
9	25	74	182	22
10	26	86	185	25
11	28	85	182	25
12	36	82	184	24
13	27	79	182	23
14	28	86	183	25
15	29	81	179	25

Tab. 3: Angaben zu den Probanden

		Alter	KG	Größe	BMI
1	MEAN	27,4	79,26	183,93	23,0
2	STDEV +/-	3,60	7,87	6,02	1,77

Tab. 4: Mittelwerte (1) und Standardabweichung (2) der untersuchten Probanden

3.2 Verlaufsanalyse der Messwerte

3.2.1 Transkutanes CO_2

In den Studiengruppen B und C, d.h bei den Messungen mit den Masken 1 und 2 nahmen die transkutan gemessenen Partialdrucke des intrakapilären Kohlendioxid im Vergleich zu den Ausgangswerten signifikant zu. Im Vergleich dazu waren in Studiengruppe A, d. h bei den Betrachtungen ohne Maske, erwartungsgemäß keine Unterschiede zu verzeichnen.

Sobald die Operationsmaske angelegt wurde, stiegen die Werte für transkutanes CO_2 kontinuierlich an. Nach Entfernung der Maske fielen die Messergebnisse wieder auf die Ausgangswerte bzw. bei Maske 1 teilweise unter die Ausgangswerte ab (Abb.6).

Im Vergleich der beiden Studiengruppen miteinander zeigte sich, dass bei Maske 2 zu den Messzeitpunkten nach 3 min, 6 min und 9 min ein stärkerer Anstieg des CO_2-Partialdruckes zu beobachten war, als dies bei Maske 1 sowie bei der Versuchsreihe ohne Maske zu finden war.

Alle Ergebnisse der mit Maske 1 durchgeführten Testreihe waren durchgehend niedriger, als die der vergleichenden Maske 2 und der Gruppe ohne Maske.
Die beobachteten Unterschiede zwischen den Studiengruppen waren jedoch nicht signifikant.

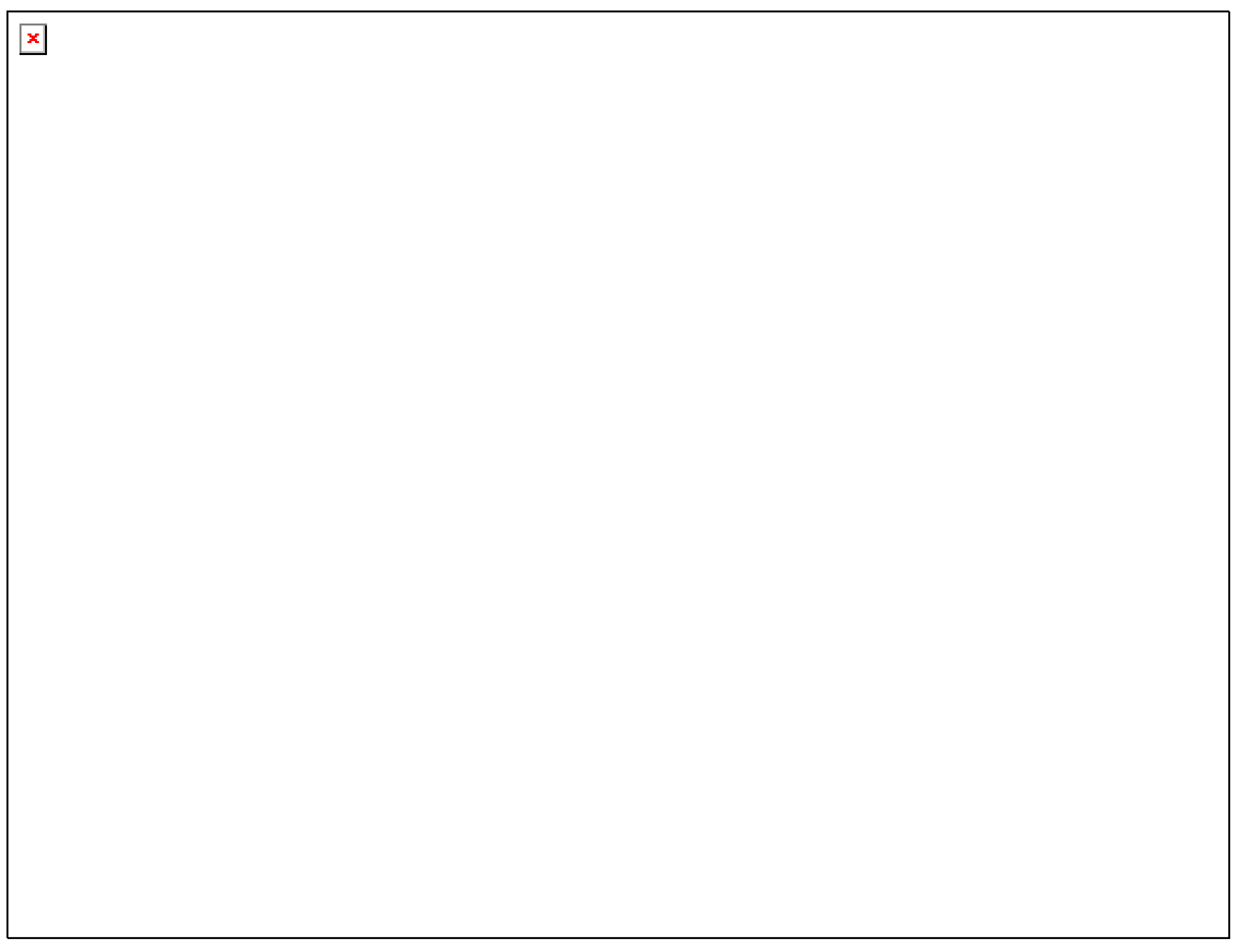


Abb. 6:Zeitlicher Verlauf der transkutanen CO_2–Partialdrücke unter Anwendung der verschiedenen Operationsmasken (B=Maske 1, C=Maske 2) sowie ohne Maske (A)

3.2.2 Atemfrequenz

Die Atemfrequenz der untersuchten Probanden verhielt sich erwartungsgemäß in der Bandbreite der physiologischen Schwankungen (Tab.5). Eine signifikante Veränderung der Atemaktivität unter Verwendung der Operationsmaske 1 in Testreihe B im Vergleich zur Testreihe A ohne Maske wurde nicht bestätigt. Die Testversuche mit Maske 2 in Testreihe C ergaben geringfügig erhöhte Ausgangswerte, ein signifikanter Effekt war auch hier nicht zu finden (Abb.7).

Proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
AF	10	12	14	15	12	10	12	12	8	8	11	11	13	14	14

Tab.5: Ausgangswerte der Atemfrequenz



Abb.7: Zeitlicher Verlauf der Atemfrequenz unter Verwendung der beiden Operationsmasken (B=Maske 1, C=Maske 2) und ohne Maske (A)

3.3 Beobachtungen der Kontrollparameter

3.3.1 Herzfrequenz

Die Herzfrequenz während der Versuche wurde als einer der Kontrollparameter erfasst. Sie unterlag der physiologischen Schwankung (Tab.6). Ein signifikanter Effekt hinsichtlich einer Erhöhung oder Verringerung der Herzfrequenz wurde während der gesamten Messzeit nicht beobachtet (Abb.8).

Proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HZ	66	68	64	72	66	65	73	72	63	66	85	71	64	75	70

Tab.6: Ausgangswerte der Herzfrequenz

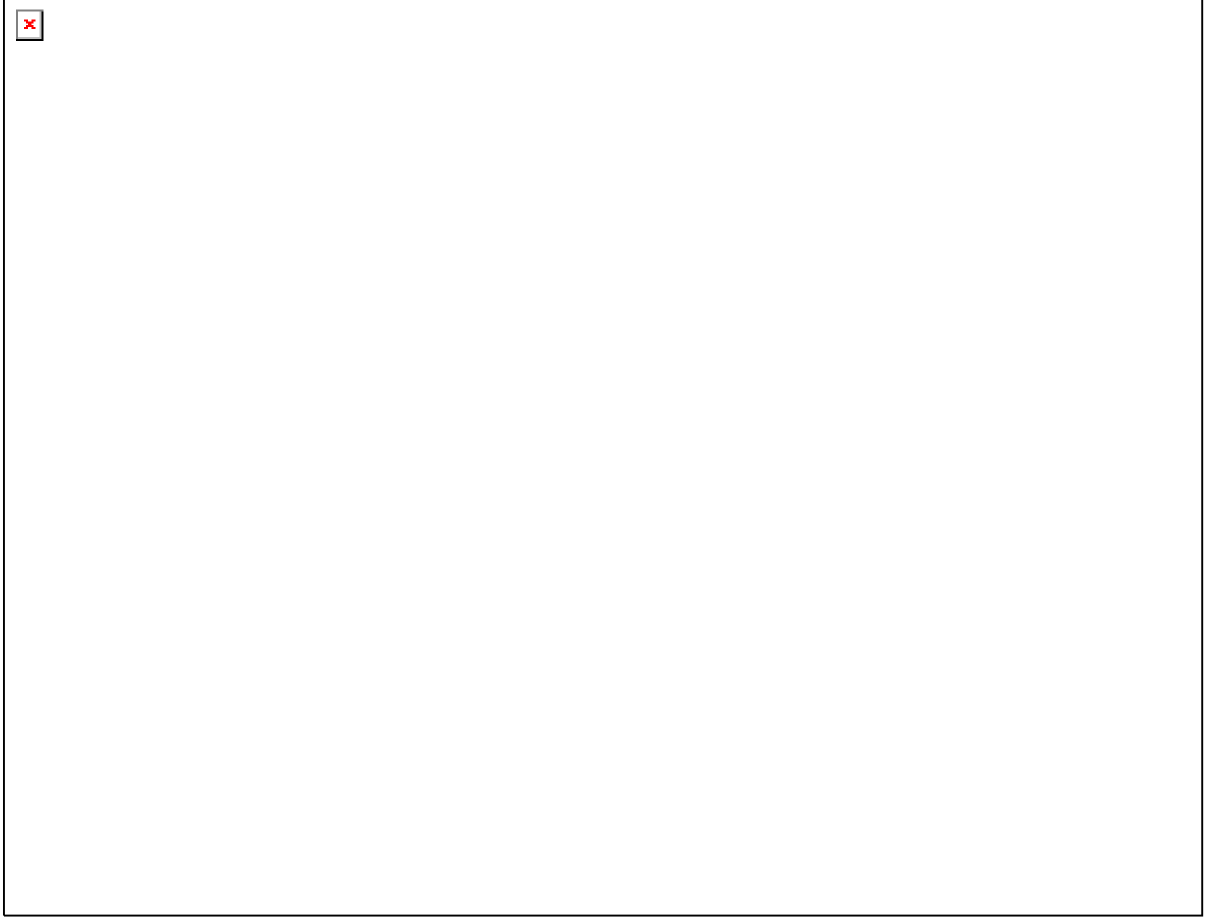


Abb.8: Zeitlicher Verlauf der Herzfrequenz. Als Einheit wurden die Schläge pro Minute (Beats (b)/min) verwendet.

3.3.2 Sauerstoffsättigung

Sauerstoffsättigung wurde als Kontrollparameter beobachtet und erfasst. Die gemessenen Werte lagen alle im Normbereich. Eine signifikante Änderung während der Tests war nicht zu beobachten.

3.3.3 CO_2 -Konzentration unter der Operationsmaske

Die Konzentration des Kohlendioxids unter der Operationsmaske ergab Partialdrucke von 21,33 mmHg bis 24,13 mmHg. Die Kumulation setzte rasch nach dem Anlegen der Maske ein. Nach Entfernen der Maske fielen die Werte wiederum rasch auf den Ausgangswert ab (Abb.9).

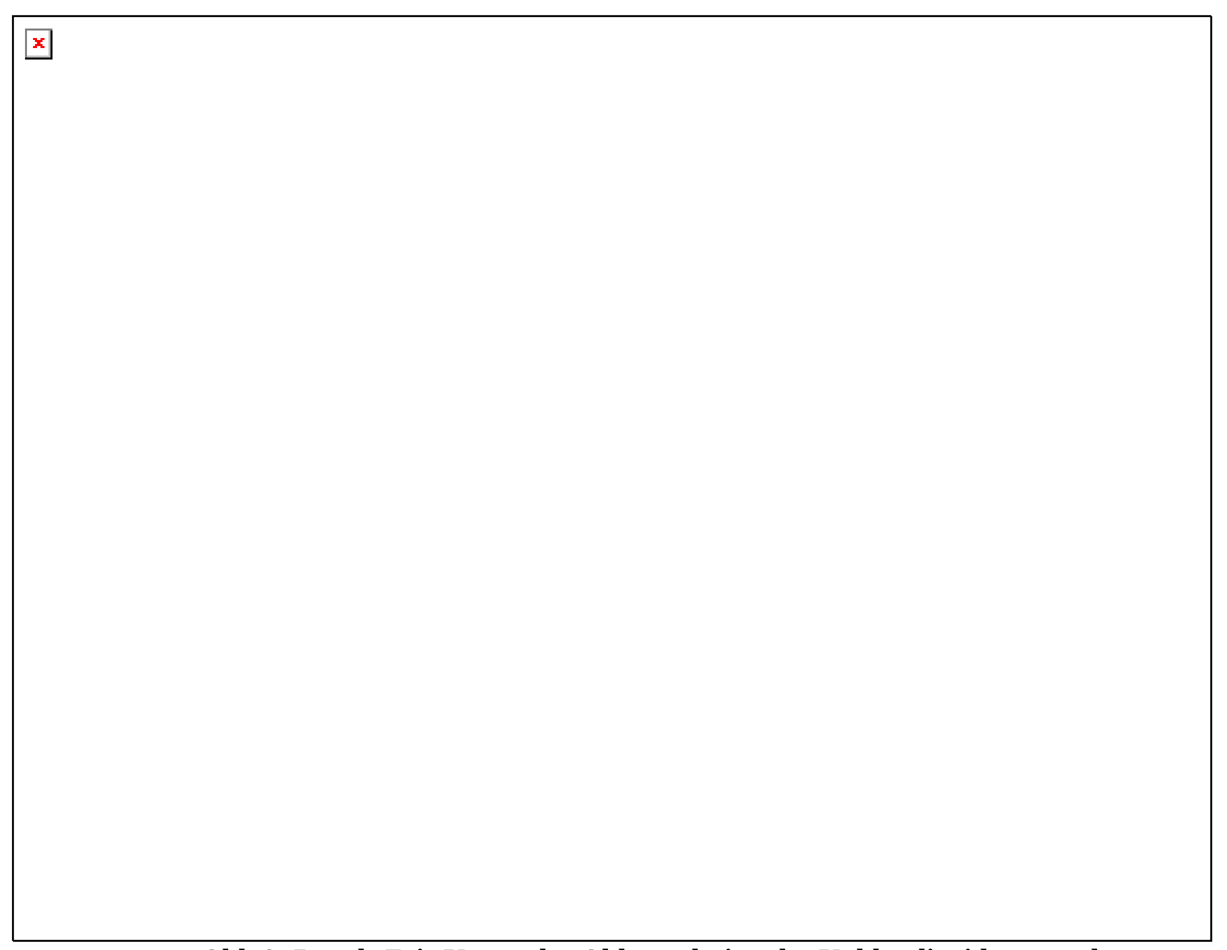


Abb.9: Druck-Zeit-Kurve der Akkumulation des Kohlendioxids unter der Operationsmaske

3.3.4 Subjektiver Komfort

Bei allen Testpersonen wurde eine Befragung nach dem subjektiv empfundenen Komfort beim Tragen der beiden Einwegmasken durchgeführt.

Alle Probanden gaben einstimmig an, Maske 1 als angenehmer zu empfinden als die vergleichende Maske 2. Als Begründung wurde der subjektiv niedriger empfundene Temperaturunterschied und die subjektiv als besser beurteilte Belüftung der OP-Maske angegeben.

4. DISKUSSION

4.1 Vergleich der verschiedenen Ergebnisse

Verschiedene Studien ergaben eine Zunahme der Kohlendioxid Konzentration im Blut von Patienten, deren Kopf während Augenoperationen mit Operationstüchern bedeckt war (39, 57, 58, 68). Dies führte zu der Fragestellung, ob medizinisches Personal beim Tragen von chirurgischen Operationsmasken von ähnlichen Effekten betroffen ist. In der vorliegenden Pilotstudie wurden zwei verschiedene Einwegoperationsmasken an medizinischem Fachpersonal getestet.

In der Literatur wird von einer Abhängigkeit der Atmungsparameter von Geschlecht und Alter berichtet (33, 40, 62). Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden nur männliche Probanden im Alter von 18 bis 40 Jahren ausgewählt.

Steinschneider und Weinstein berichteten von einer Beeinflussung der Atmung durch fieberhafte Infektionen. Deshalb führten auch akute Infekte zum Ausschluss von den Messungen (61).

Es gibt keine Untersuchungen in Bezug auf Veränderungen der Atmung und CO_2-Empfindlichkeit in Abhängigkeit vom körperlichen Trainingszustand. Weiterhin wird die Bedeutung von körperlicher Arbeit für die CO_2-Empfindlichkeit der Atmung in der Literatur unterschiedlich bewertet (5, 14, 41,45). Daher wurden nur Probanden mit einem durchschnittlichen Trainingszustand zugelassen, welcher durch den Body-Mass-Index quantifiziert wurde. Alle Probanden wiesen einen Body-Mass-Index von 20 bis 25 auf. Insbesondere 24h von Messbeginn waren die Probanden keiner besonderen körperlichen Belastung ausgesetzt.

Das Ergebnis dieser Studie zeigt bei beiden untersuchten Maskentypen einen signifikanten Anstieg des Partialdruckes für Kohlendioxid im Blut der Probanden.
Die transkutan gemessenen arteriellen CO_2-Werte nahmen bis zu 5,5 mmHg zu. Dieser Anstieg wurde durch die eingeschränkte CO_2-Permeabilität der Masken verursacht. Das ausgeatmete CO_2 konnte nur teilweise durch die OP-Masken entweichen, dadurch kam es unter den Masken zu einer Akkumulation von CO_2. Dieser Effekt führte zu dem Ergebnis, dass die Probanden Luft einatmeten, deren
CO_2-Gehalt höher war als derjenige, der umgebenden Raumluft. Dies wiederum führte zu einem Anstieg der Kohlendioxid-Konzentration im Blut der Versuchspersonen, welcher sich unmittelbar nach Anlegen der Operationsmaske zeigte. Die Konzentrationsänderung wurde durch die transkutan gemessenen CO_2-Partialdrucke erfasst.

In Vergleich der beiden Masken war bei Maske 2 ein schnellerer Anstieg des transkutan gemessenen CO_2-Partialdruckes zu verzeichnen. Ingesamt wurden bei
der untersuchten Maske 2 höhere Blutwerte für PCO_2 gefunden. Dieser Unterschied zwischen den beiden Masken war jedoch nicht signifikant.

Eine Zunahme der Atemfrequenz als hyperkapnischer Kompensationsmechanismus, wie sie in vorausgegangenen Studien (57) beschrieben wurde, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Eine mögliche Erklärung könnte eine kompensatorische Erhöhung des Atemminutenvolumens sein. Dieser Effekt konnte anhand dieser Pilotstudie nicht weiter untersucht werden, da hierbei ein anderer Versuchsaufbau erforderlich sein würde.

Auch stellt sich die Frage, ob die vorangegangene Studie auch deshalb einen signifikanteren Effekt auf die Atmung zeigte, weil das dabei untersuchte Patienten-kollektiv bereits höheren Lebensalters war, während bei der vorliegenden Studie jüngere Probanden in mittlerem Fitnesszustand untersucht wurden. Aufgrund
von physiologischen Veränderungen beim ausdauertrainierten Organismus

(17, 34) und pathophysiologischen Variablen während des Alterungsprozesses (62, 69) kann davon ausgegangen werden, dass sich die Effekte entsprechend diskreter zeigen, desto besser die allgemeine Anpassungsfähigkeit des Körpers ist, für welche das Lebensalter, körperliche Gesundheit und der Trainingszustand eine Rolle spielen.

Es wurden nur Versuchspersonen zugelassen, bei welchen keine bekannten pulmonalen Beschwerden vorlagen. Auch Raucher wurden von der Studie ausgeschlossen. Aparici, Arabaci und Frans untersuchten die pulmonalen Veränderungen bei Rauchern (2, 3, 25). Die Studien zeigen eine signifikant verminderte pulmonale Diffusionskapazität, eine verminderte Hypoxietoleranz sowie eine Einschränkung der spirometrisch erfassten Lungenparametern. Es wäre denkbar, dass sich bei Personen mit restriktiven pulmonalen Erkrankungen, sowie bei Rauchern, die in dieser Studie gezeigten Effekte, aus oben genannten Gründen, stärker auswirken könnten.

Die vorliegende Studie konnte auch zeigen, dass alle an der Studie teilnehmenden Probanden, ausnahmslos Maske 1 als jene Maske nannten, bei welcher ein höherer Tragekomfort gewährleistet würde. Als Kriterien waren der subjektiv empfundene Temperaturanstieg und eine wiederum subjektiv wahrgenommene Belüftung beschrieben worden. Beide genannten Kriterien wurden als unkomfortabel bewertet. Die Passform und Verarbeitung der Masken wurden dabei nicht berücksichtigt.

4.2 Methodische Durchführbarkeit der Versuche

Die Methode der transkutanen Blutgasmessung wird als effektive Methode für die nicht invasive CO_2-Bestimmung beschrieben. Der Einsatz des transkutanen Blutgasanalysesystems erfolgt vor allem in Bereichen, in welchen eine kontinuierliche, präzise CO_2-Bestimmung gewährleistet werden soll. Zahlreiche Studien zeigen die Eignung dieses Systems um Veränderungen des CO_2-Partialdruckes im Blut zu quantifizieren.

Reid, Martineau und Miller verglichen in ihrer Studie transkutan, arteriell und massenspektrometrisch gemessenes Kohlendioxid, an lungengesunden 22 Patienten, welche sich einem elektiven operativen Eingriff in Vollnarkose unterzogen. Dabei handelte es sich um allgemeinchirurgische, urologische, orthopädische und gynäkologische Operationen. Die Prämedikation der Patienten erfolgte jeweils mit einem oralen Diazepam, 0,15 $mg \cdot kg^{-1}$. Mit Fentanyl, 2-4 µg $mg \cdot kg^{-1}$ und Thiopentan, 4-5 $mg \cdot kg^{-1}$ und einem Muskelrelaxans wurde die Narkose durchgeführt. Die Herzfrequenz und der mittlere arterielle Blutdruck waren mit einem nichtinvasiven Dinamapp 1846 SXP® - Monitor gemessen worden. Die Sauerstoffsättigung wurde mit der Pulsoxymetrie und die Temperatur mit einer nasopharyngealen Temperatursonde bestimmt. Das transkutane Kohlendioxid wurde mit dem Fastrac® $P_{tc}CO_2$ -Monitor bestimmt. Die Messelektrode ist hierbei am vorderen Brustkorb angebracht worden. Eine weitere Bestimmung von Kohlendioxid erfolgte unter Zuhilfenahme eines massenspektrometrischen Systems (Anesthetic and Respiratory Analysis® , PPC, Missouri), welches am oberen Ende des Endotrachealtubus zwischengeschaltet war. Die arteriellen CO_2 -Werte wurden aus Blutgasproben, welches aus der Radialarterie gewonnen wurde, gemessen und mit einem Blutgasanalysierer (Ciba-Corning) ausgewertet. Durch die simultane Messung von $P_{tc}CO_2$, $P_{et}CO_2$ und $PaCO_2$ wurden 66 Datensätze gewonnen. Die Auswertung ergab einen Korrelationkoeffizienten von $P_{tc}CO_2$ und P_aCO_2 von 0,92. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die transkutane Methode eine genaue, einfache und nichtinvasive Methode darstellt, eine kontinuierliche CO_2 -Überwachung durchzuführen. Weiterhin schlussfolgerten sie,

dass diese Methode eine in Zukunft größere Rolle in der perioperativen Behandlung spielen könnte (55).

Von Green, Hassell und Mahutte wurde die Korrelation zwischen intraarteriell- und transkutanen angebrachten O_2 / CO_2 - Sensoren untersucht. Das Testkollektiv umfasste 47 hämodynamisch stabile Patienten mit respiratorischen Erkrankungen. Die transkutanen Messungen wurden mit einer an der vorderen Bauchwand applizierten Methode durchgeführt. Die Versuchsleiter wechselten den Ort der Elektrode alle 8 Stunden. Die transkutanen Messungen wurden simultan zu arteriell ermittelten vollzogen. Insgesamt wurden 514 korrespondierende Datenstichproben gewonnen.
Als Ergebnis konnte gezeigt werden, dass beide Systeme zur kontinuierlichen PO_2 - Erfassung geeignet sind. Die erzielten Ergebnisse erbrachten einen sehr hohen Korrelationskoeffizienten zwischen $P_{tc}O_2$ und $P_{ia}O_2$. Dieser Koeffizient konnte durch einen Ortswechsel der Klebeelektrode nach 4 Stunden noch gesteigert werden (27).

Bhat, Diaz-Blanco und Chaudhry berichten in ihrer Studie über die sichere Nutzung von kombinierte O_2/CO_2- Sensoren in der Neonatologie. Dabei wurden neu entwickelte kombinierte O_2/CO_2- Sensoren getestet, bestehend aus einer Clark® PO_2- Elektrode mit Platinmikrokathode und einer Silberchloridanode, sowie einer Severinghaus® PCO_2- Elektrode. Die Messungen wurden an beatmeten Neugeborenen mit Umbilikalarterienkatheter durchgeführt und berücksichtigten den Effekt von Kathodengröße, Membrandurchmesser und integriertem Korrekturfaktor der verschiedenen Elektroden. Die Studie wurde an 42 Neugeborenen in drei verschiedenen Phasen durchgeführt und belegt eine sichere Anwendung der neuen kombinierten O_2/CO_2-Sensoren (10).

Hand, Shepard und Krauss untersuchten ebenfalls Diskrepanzen zwischen dem transkutan und dem massenspektrometrisch bestimmten Kohlendioxidpartialdruck und verglichen die Werte mit dem arteriell ermittelten CO_2–Partialdruck. Diese Studie wurde an 12 Neugeborenen mit einem klinisch und röntgenologisch diagnostizierten

Respiratory Distress Syndrome am New York Hospital- Cornell Medical Center durchgeführt. Das Gestationsalter der Säuglinge reichte von der 24 bis zur 36 Woche und das Geburtsgewicht variierte zwischen 760g bis 2322g. Die Studie ist in den ersten zwei Lebenswochen der Neugeborenen vollzogen worden. Dabei waren die Kinder beatmet und hatten einen arteriellen Katheter, mit welchem die arteriellen Blutgaswerte ermittelt und analysiert worden sind (Bloodgas Analyzer 168, Corning Medical, Medfield, MA). Die transkutanen Werte wurden simultan mit einem Blutgasmonitor (Transend, Sensormedics, Anaheim, CA) und einem kombinierten O_2/CO_2-Sensor (Duo-Sense, Sensormedics, Anaheim, CA) gemessen. Die CO_2-Elektrode vom Typ Stowe-Severinghaus wurde am Brustkorb oder Abdomen angebracht, alle 4 Stunden mit einer Gasmischung aus 4% CO_2 , 12% O_2 und 10% CO_2 , 0% O_2 neu kalibriert und platziert. Die massenspektrometrische Messung wurde mit einem Bloodgas Analyzer (7754D, Beckman Instruments, Fullerton, CA) und einem Polygraph (7754D, Hewlett, Waltham, CA) durchgeführt. Dabei wurde der Schlauch 3cm tief in den Endotrachealentubus der intubierten Säuglingen hineingeschoben. Die Werte wurden direkt nach Ermittlung der arteriell ermittelten Werte gemessen. Bei insgesamt 153 Messungen ergaben sich 51 simultan gewonnene Messungen für $P_{tc}CO_2$, $PaCO_2$ und $P_{pet}CO_2$ Als Ergebnis zeigte sich eine lineare Korrelation zwischen $P_{tc}CO_2$ und $PaCO_2$ und damit wiederum eine gute Eignung der transkutanen CO_2 -Analyse. Weiterhin wurde eine weniger gute Korrelation zwischen $PaCO_2$ und $P_{pet}CO_2$ und damit eine schlechtere Eignung dieses Verfahrens auf diesem Einsatzgebiet gezeigt (28).

Nakamura, Kanai und Mizushima untersuchten die Genauigkeit von transkutan gemessenen Kohlendioxid während laparoskopischen Operationen an Erwachsenen Patienten und bestätigten eine sehr Enge Korrelation zwischen transkutan und intraarteriell gemessenen Kohlendioxid. Die Autoren dieser Studie sprechen sich ebenfalls für die Nutzung der nicht invasiven transkutanen Überwachung von Kohlendioxid aus (47).

Zusammenfassend erlaubt die Methode der transkutanen Messung von Kohlendioxid den Vorteil einer nichtinvasiven Bestimmung des CO_2-Partialdruckes. Um die Gefährdung und Beeinträchtigung der Testpersonen so gering wie möglich zu halten, wurde dieser Methode den Vorzug gegeben.

Die getesteten Operationsmasken stellen den handelsüblichen, in der täglichen Krankenhausroutine verwendeten Mundschutz der Universitätsklinik Innsbruck dar. Durch die unterschiedlichen Varianten des Anlegens der OP-Maske können sich Unterschiede in der Zirkulation ergeben. Bei einer unsachgemäß locker angelegten Maske kann eine bessere Zirkulation unter der Maske stattfinden, da der mittlere Bereich beidseitig lateral nicht dem Gesicht anliegt. Eine entsprechende Verschlechterung der Mikrozirkulation ist zu finden, wenn die Maske so eng am Gesicht anliegt, dass es bei längerem Gebrauch zu einer Durchfeuchtung im Bereich der Öffnungen von Nase und Mund kommt. Um diese Varianz im Anlegen des Mundschutzes auszuschalten und dieVergleichbarkeit der Messergebnisse zu gewährleisten, wurden die Masken vom Untersucher angelegt.

Hersteller von OP-Masken geben keine konkreten Empfehlungen bezüglich der Zeitdauer nach welcher der Einwegmundschutz gewechselt werden sollte. Es ist jedoch denkbar, dass sich die Eigenschaften der Maske nach längerer Tragedauer verändern, besonders wenn es zu oben genannter Durchfeuchtung in Nasen und -Mundbereich kommt. Dies stellte eine Fehlerquelle dar. Der gewählte Messzeitraum von 30 Minuten schaltete diese Fehlerquelle aus und stellte sicher, dass die Untersuchungen unter sachgerechten Bedingungen durchgeführt wurden.

4.3 Klinische Relevanz der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wurde die Hypothese der Akkumulation von CO_2 bei der Verwendung von chirurgischen Operationsmasken bewiesen. Die Akkumulation führte zu einer verstärkten Rückatmung von CO_2 und dies führte wiederum zu einem signifikanten Anstieg von CO_2 im Blut der getesteten Probanden.

Die Messzeit von 30 Minuten und der bestehende Versuchsaufbau führten zu keiner signifikanten Steigerung der Atmung im Sinne einer kompensatorischen Hyperventilation. Es darf jedoch angenommen werden, dass die Effekte in der täglichen Klinikroutine ausgeprägter ausfallen würden: Die Operationsmasken werden häufig sehr viel länger getragen als dies in der vorliegenden Studie geschah. Des weiteren wurde die Studie an normal atmenden Personen im Ruhezustand gemessen. Bei körperlicher Arbeit und psychischer Anspannung wird die Atmung aktiviert, was zu einer stärkeren Rückatmung von CO_2 und wiederum zu einer Erhöhung der CO_2-Konzentration im Blut des OP-Personals führen könnte.

Eine Änderung der Blutgase kann Ursache eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten sein. Van der Post beschreibt eine Zunahme der Reaktionzeiten bei Hypoxämie (64). Noble, Jones und Davis untersuchten ebenfalls die kognitive Leistung unter moderater Hypoxämie und berichten von einer Abnahme psychomotorischer Fähigkeiten, einer Steigerung der Reaktionszeit und einer insgesamt eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit (48). Fothergill untersuchte den Effekt eines erhöhten CO_2-Partialdruckes auf das Nervensystem und bewies eine Abnahme der Geschwindigkeit und der Genauigkeit beim Lösen von psychomotorischen Aufgaben (24). Es wäre denkbar, dass die gezeigten Effekte das chirurgische Ergebnis beeinflussen könnten.

Von klinischem Interesse ist auch der in der vorliegenden Studie beschriebene Unterschied in Komfortabilität der Masken. Das Ziel sollte sein, ein weitgehend störungsfreies Arbeitsfeld zu schaffen, um ein möglichst optimales chirurgisches

Ergebnis zu erreichen.

Diese Studie soll Hersteller von chirurgischen Operationsmasken aufrufen,
neue Möglichkeiten zur Steigerung der Permeabilität insbesondere der Kohlendioxidpermeabilität ihrer Produkte zu finden. Dies sollte dazu führen, dass eine verminderte Akkumulation und Rückatmung von Kohlendioxid bei medizinischem Fachpersonal gewährleistet und deren subjektiver Komfort beim Verwenden der Produkte gesteigert wird.

Weiterhin sollte eine kritische Diskussion über den Einsatzbereich der OP-Masken angeregt werden, um unnötig lange Tragezeiten zu vermeiden.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Akkumulation von Kohlendioxid unter chirurgischen Operationsmasken wird bei normal atmenden Personen durch die beeinträchtigte Permeabilität der Masken verursacht.

Diese Effekte wurden an zwei verschiedenen Masken und 15 gesunden, männlichen Probanden getestet. Es wurden drei verschiedene Testreihen durchgeführt, wobei eine Testreihe mit dem Maskentyp 1 (3M® OP-Maske 1810 F), eine zweite Testreihe mit Maskentyp 2 (Surgine® 4238 Antifog Gesichtsmaske) sowie eine dritte Testreihe ohne chirurgische Operationsmaske vollzogen wurde. Jeder Proband nahm an jeder Testreihe in zufälliger Reihenfolge teil. Vor dem Aufsetzen der Maske, zu acht Zeitpunkten während 30 min Tragedauer und 5 min nach Entfernen der Maske, wurden der transkutane Kohlendioxid-Partialdruck, die Atemfrequenz, die Herzfrequenz und die pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung gemessen.

Die Akkumulation von Kohlendioxid (22,49 mmHg, STEV 2,30) unter jeder untersuchten chirurgischen Operationsmaske erhöhte den transkutan gemessenen Kohlendioxid-Partialdruck (5,60 mmHg, STEV 2,38). Eine kompensatorische Erhöhung der Atemfrequenz oder ein Abfall der Sauerstoffsättigung wurde dabei nicht nachgewiesen.

Da Hyperkapnie verschiedene Hirnfunktionen einschränken kann, soll diese Studie Hersteller von chirurgischen Operationsmasken aufrufen, Filtermaterialien mit höherer Permeabilität für Kohlendioxid zu verwenden. Dies sollte dazu führen, dass eine verminderte Akkumulation und Rückatmung von Kohlendioxid bei medizinischem Fachpersonal gewährleistet wird. Solange muss der Einsatzbereich der OP-Masken kritisch diskutiert und definiert werden, um unnötige Tragezeiten zu vermeiden.

6. ANHANG

RANDOMISIERUNG CO2-REBREATHING OP-MASKE

GRUPPE	NAME	DATUM
B		
A		
A		
A		
A		
B		
C		
A		
A		
C		
C		
C		
C		
C		
C		
B		
B		
C		
B		
B		
C		
B		
B		
A		
C		
B		
B		
B		
A		
B		
A		
A		
C		
B		
A		
A		
C		
A		
A		
C		
C		
B		
C		
B		
B		
B		
A		

Anhang 6: Randomisierung der Probanden für die Versuchsreihen

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. **Altman DG**. Statistics and ethics in medical research. V. Analyzing data. Br Med J 1980; 281:1473.

2. **Aparici M**, Fernandez F, Gonzales AL, Alegria E. Respiratory function test. Differences between smokers and non smokers. Effects of withdrawel. Rev Clin Esp 1993; 192:169-72.

3. **Arabaci U**, Akdur H, Yigit Z. Effects of smoking on pulmonary functions and arterial blood gases following coronary artery surgery in turkish patients. Jpn Heart J 2003; 44:61-62.

4. **Arai T**, Hantano Y, Kamatsu K. Real-time analysis of change in arterial oxygen tension during endotracheal suction with a fiberoptic bronchoscope. Crit Care Med 1985; 13:855.

5. **Asmussen E**, Nielsen M. Ventilatory response to CO_2 during work at normal and low Oxygen tensions. Acta Physiol Scan 1957; 39:27-35.

6. **Barker SJ**, Tremper KK. Transcutaneous oxygen tension: A physiological variable for monitoring oxygenation. J Clin Monitoring 1985; 1:130.

7. **Beck W**. The air permeabitily of surgical masks. Guthrie Clin Bull 1964; 34:26.

8. **Beran AV**, Tolle CD, Huxtable RF. Cutaneous blood flow and its realationship to transcutaneous O_2/CO_2 measurements. Crit Care Med 1981; 9:736-41.

9. **Berkenbosch A**, Bovill JG, Dahan A, DeGoede J, Olivier ICW. The ventilatory CO_2 sensitivities from Read's rebreathing method and the steady-state method are not equal in man. J Physiol 1989; 411:367-377.

10. **Bhat R**, Diaz-Blanco J, Chaudhry U. Transcutaneous oxygen and carbon dioxide monitoring in sick neonates using combined sensors. Chest 1985; 88: 890.

11. **Bland JM**, Altmann DG. Statistical method for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet 1986; 307-310.

12. **Bratanow N**, Polk K, Bland R. Continuous polarograph monitoring of intra-arterial oxygen in the perioperative period. Crit Care Med 1985; 13: 859.

13. **Brosius G**, **Brosius F**. SPSS bas system and professional statistics. An International Thomson Publishing Company 1995.

14. **Casey K**, Duffin J, McAvoy GV. The effects of exercise on the central-Chemorezeptor threshold in man. J Physiol 1987; 383:9-18.

15. **Cole P**. Further observations on the conditioning of respiratory air. J Laryng 1953, 67:669.

16. **Collin PH**. Dictionary of Medicine, 2nd Edition. Peter Collin Publishing 1994.

17. **Doyle IR**, Morton S, Crocett AJ. Composition of alveolar surfactant changes with training in humans. Respirology 2000; 5(3):211-20.

18. **Eberhard P**, Mindt W, Schafer R. Cutaneous blood gas monitoring in the adult. Crit Care Med 1981; 9:702-5.

19. **Eckard T**. Geschichte der Medizin, 1998, Springer.

20. **Enerson DM**, Eisenfeld LI, Kajikuri H. Heat and moisture trapping beneath surgical face masks: A consideration of factors affecting the surgeon’s discomfort and performance. Surgery 1967; 62:6/ 1007-1016.

21. **Fletcher R**, Malmkoist G, Niklasson L, Jonson B. On-line measurement of gas exchange during cardiac surgery. Acta Anaesthiol Scand 1986; 30:295-9.

22. **Fluegge C.** Über Luftinfektion. Hygiene 1897; 25:179.

23. **Ford CR**, Peterson DE. The efficiency of surcical face masks. Am J Surg 1963; 106:954.

24. **Fothergill DM**, Hedges D, Morrison JB. Effects of CO_2 and N_2 partial pressures on cognitive and psychomotor performance. Undersea Biomed Res 1991; 18:1-19.

25. **Frans A**, Gerin-Portier N, Veriter C, Brasseur L. Pulmonary gas exchanges in asymptomatic smokers and nonsmokers. Scand J Respir Dis 1975; 56:233-44.

26. **Germano E**. Die Uebertragung von Infectionskrankheiten durch die Luft. Hygiene 1897; 25:179.

27. **Green GE**, Hassell KT, Mahutte K. Comparison of arterial blood gas with continuous intra-arterial and transcutaneous PO_2 sensors in adult critically ill patients. Critical Care Medicine 1987; 15: 5/ 491-494.

28. **Hand I**, Shepard E, Krauss A, Auld P. Discrepancies between transcutaneous and end-tidal carbon dioxide monitoring in the critically ill neonate with respiratory distress syndrome. Crit Care Med 1989; 17:556-9.

29. **Heister R**, Lexikon medizinisch-wissenschaftlicher Abkürzungen, 3. Auflage. Schattauer 1993.

30. **Hirshman CA**, McCullough E, Weil JV. Normal values for the hypoxic and hypercapnic ventilatory drives in man. J Appl Physiol 1975; 38:6.

31. **Hübener W**. Über die Möglichkeit der Wundinfektion vom Munde aus und ihre Verhütung durch Operationsmasken. Hygiene 1898; 28:348.

32. **Irsigler GB**. Carbon dioxide response lines in young adults: The limits of the normal response. Am Rev Respir Dis 1976; 114:529-535.

33. **Jones RL**, Neary JM, Ryan TG. Normal values for the hypercapnic ventilation response: effects of age and the ability to ventilate. Respir 1993; 60: 197-202.

34. **Kasch FW, Wallace JP**. Physiological variables during 10 years of endurance exercice. Med Sci Sports 1976; 8(1): 5-8.

35. **Khoo MCK**. Determinants of ventilatory instability and variability. Resp Physiol 2000; 122:167-182.

36. **Klinke R**, **Silbernagel S**. Lehrbuch der Physiologie 2. Auflage, 1996, Georg Thieme.

37. **Kobel M**, Rifat K, Roth A. Accumulation of carbon dioxide in the operative field in ophthalmic interventions under local anesthesia. Ophtalmologica 1984; 53: 1212-18.

38. **Lammarsch J**. Scientific Computering 1995. An International Thomson Publishing Company.

39. **Lillie PE**, Roberts JP. Carbon dioxide monitoring. Anaesth Intensive Care 1988; 16: 41-4.

40. **Loeschke HH**. Homoistase des arteriellen CO_2 -Drucks und Anpassung der Lungenventilation an den Stoffwechsel als Leistungen eines Regelsystems. Klinische Wochenschrift 1960; 38: 366-376.

41. **MacFarlane DJ**, Cunningham DJC. Dynamics of the ventilatiory response in man to step changes of end-tidal carbon dioxide and of hypoxia during exercise. J of Physiol 1992; 539-557.

42. **Mahutte CK**, Michiels TM, Hassel KT. Evaluation single transcutaneous PO_2-PCO_2 sensor in adult patinets. Crit Care Med 1984; 12: 1063.

43. **McAsland TC**. Automated respiratory gas monitoring of critically injured patients. Crit Care Med 1976; 4: 255-60.

44. **McEvedy BA**, McLeod ME, Mulera M, Kirpalini H, Lerman J. End-tidal, transcutaneous and arterial PCO_2 measurements in critically ill neonates: a comparative study. Anaesthesiology 1988; 69:112-6.

45. **Mercier J**, Ramonatxo M, Prefaut C. Hyperpnoea and CO_2- sensitivity of the respiratory centres during exercise. Eur J Appl Physiol 1990; 59:411-415.

46. **Mirkulicz J**. Das Operieren mit sterilisierten Zwirnhandschuhen und Mullbinde. Zentralbl Chir 1897; 24:713.

47. **Nakamura A**, Kanai M, Mizushima M, Katashima S. The accuracy of transcutaneous carbon dioxide monitoring during laparoscopic surgery. Masui 2003; 52:846-51.

48. **Noble J**, Jones JG, Davis EJ. Cognitive function during moderate hypoxaemia. Anaesth Intensive Care 1993; 21:180-4.

49. **Ohmeda**. Pulse oxymeter Ohmeda Biox 3700, Operating/ Maintanance Manual, Boc Health Care 1986.

50. **Radiometer Copenhagen**. Transcutanes Blutgassystem TCM 222, Handbuch 1984, Kopenhagen.

51. **Ramanathan S**, Capan L, Chalon J, Rand PB, Klein GS, Turndorf H. Minienvironmental control under the drapes during operations on the eyes of the eyes of conscious patients. Anaesthesiology 1978; 48:286-8.

52. **Ramm B**, Hofmann G, Biomathematik, Reihe zur AO(Ä), Enke 1987.

53. **Read DJC**. A clinical method for assessing the ventilatory response to carbon dioxide. Australas Ann Of Med 1966; 16:20-32.

54. **Rebuck AS**, Jones NL, Campbell EJM. Ventilatory response to exercise and to CO_2 rebreathing in normal subjects. Clin Sci 1972; 43:861-867.

55. **Reid CW**, Martineau RJ, Miller DR, Hull KA, Baines J, Sullivan PJ. A comparison of transcutaneous end-tidal and arterial measurements of carbon dioxide during general anaesthesia. Can J Anaesth 1992/ 39:1/ 31-6.

56. **Sabo B**, Smith RB, Gilbert TJ. Evaluation of rebreathing in patients undergoing cataract surgery. Ophtalmologica 1988; 19:249-51.

57. **Schlager A**. Accumulation of carbon dioxide under ophthalmic drapes during eye surgery: a comparison of three different drapes. Anaesthesia 1999; 54:683-702.

58. **Schlager A**, Straud H. New equipment to prevent carbon dioxide rebreathing during eye surgery under retrobulbar anaesthesia. Brit J Ophtalmology 1999; 83:10/ 1131-1134.

59. **Schlager A**, Lorenz IH, Luger TJ. Transcutaneous CO_2/O_2 and CO_2/air suction in patients undergoing cataract surgery with retrobulbar anaesthesia. Anaesthesia 1998; 53:1212-18.

60. **Serveringhaus JW**. Transcutaneous blood gas analysis. Resp Care 1982; 27:152.

61. **Steinschneider A**, Weinstein A. Sleep respiratory instability in term neonates under hyperthermic conitions: age, sex, type of feeding and rapid eye movement. Pediatr Res 1983; 17(1):35-41.

62. **Swanson GD**, Belville JW. Step in changes in end-tidal CO_2: methods and implications. J Appl Physiol 1975; 39:377-385.

63. **Pschyrembel**. Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage. de Gruyter 1994.

64. **Thorson SH**, Marini JJ, Pierson DJ. Variability of arterial blood gas values in stable patients in the ICU. Chest 1983; 84:14.

65. **Töpfer K**, Rüdiger M, Hammer H, Wauer RR, Grauel EL. Ärger mit der Genauigkeit der transcutanen Blutgaswerte? Vergleich von transkutanen und Blutgaswerten in der klinischen Routine. Zgn 2000, PF 19, Georg Thieme.

66. **Tonner PH**, Kampen J, Scholz J. Pathophysiological changes in the elderly. Best Res Clin Anaesthesiol 2003; 17(2):163-77.

67. **Tremper KK**, Waxman K, Bowman R. Continuous transcutaneous oxygen monitoring during respiratory failure, cardio decompensation, and cardiac arrest. Cpr Crit Care Med 1988; 8:377.

68. **Van der Post J**, Noordzij M, de Kam ML. Evaluation of tests of central nervous system performance after hypoxemia for a model of cognitive impairments. J Psychopharmacol 2002; 16(4):337-43.

69. **Windhorst G**. Comprehensive Human Physiology, Vol. I. Springer 1996.

70. **Winterstein H**. Die Regulierung der Atmung durch das Blut. Pfluegers Arch., 1911; 138:167-184.

71. **Workshop** on Assessment of Respiratory Control in Humans. Methods of measurement of ventilatory response to hypoxia and hypercapnia, conference report. Am Rev Respir Dis 1977; 115:177-201.

72. **Zeitlin GL**, Hobin K, Platt J, Woitkoski N. Accumulation of carbon dioxide during eye surgery. J Clin Anaesthesia 1989; 1:262-7.

73. **Zelenik J**. Normative aging of the respiratory System. Clin Geriatric Med 2003; 19(1):1-18.

DANKSAGUNG

Mein persönlicher Dank gilt allen, die mir bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit geholfen haben. Ganz besonders danke ich:

Herrn A.Univ.-Prof. Ing. Dr. med. A. Schlager an der Universität Innsbruck für die Überlassung des interessanten Themas, die Bereitstellung des Arbeitsplatzes und der erforderlichen Mittel sowie seine stets unbürokratische Bereitschaft zur Diskussion und Unterstützung während des gesamten Entstehungsprozesses der vorliegenden Arbeit.

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. C. Werner an der TU München für die Bereitschaft der Weiterbetreuung der vorliegenden Studie und seine freundliche fachliche Betreuung während der Verfassung und Ausarbeitung des Themas.

Den Mitarbeitern der Aufwachstation der Klinik für Anaesthesie- und Notfallmedizin an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, für deren freundliches Interesse und die Rücksichtnahme am Arbeitsplatz.

Meiner Schwester Karin Butz-Laule für die Durchsicht und die Anregungen bei der redaktionellen Überarbeitung dieser Dissertation.

Nicht zuletzt danke ich allen Probanden, die sich mit nicht unerheblichem Zeitaufwand dazu bereit erklärt haben, diese Untersuchung als Versuchspersonen zu unterstützen.

LEBENSLAUF

Ulrike Petra Butz

Geburtstag:	24.12.1974
Geburtsort:	Bad Säckingen
Eltern:	Karl Butz
	Florentina Butz
Familienstand:	ledig
Nationalität:	Deutsche

Schulbildung

1981 - 1985	Grundschule in Rippolingen/ Harpolingen
1985 - 1991	Werner-Kirchhofer-Realschule Bad Säckingen
1991 - 1994	Ernährungswissenschaftliches Gymnasium Waldshut
Juni 1994	Ablegung der Allgemeinen Hochschulreife

Hochschulausbildung

Okt. 1997	Beginn des Medizinstudiums an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Aug. 1999	Ärztliche Vorprüfung
Aug. 2000	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Okt. 2000	Beginn der klinisch- experimentellen Doktorarbeit bei Herrn A.Univ.-Prof. Ing. Dr. med. A. Schlager an der Universitätsklinik für Anaesthesie und Allgem. Intensivmedizin Innsbruck

Okt. 2001	Fortführung des Studiums an der Technischen Universität München und Weiterführung der Dissertation bei Herrn Univ.-Prof. Dr. med. C. Werner am Institut für Anaesthesiologie des Klinikums Rechts der Isar
Aug. 2003	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Okt. 2003	Erstes Tertial des Praktischen Jahres an der Abteilung für Chirurgie, Klinikum Rechts der Isar, München
Feb. 2004	Zweites Tertial des Praktischen Jahres an der Abteilung für Innere Medizin, Kreuzspital Chur, Schweiz
Juni 2004	Drittes Tertial des Praktischen Jahres an der Abteilung für Gynäkologie, Klinikum Rechts der Isar, München
Okt 2004	Dritter Abschnit der Ärztlichen Prüfung

Tätigkeiten neben dem Studiums

1995-1996	Einjähriger Auslandsaufenthalt in Nord, Mittel,- und Südamerika
Feb. 1997	Krankenpflegepraktikum an der Herzchirurgischen Abteilung, Universitätsklinik Barcelona, Spanien
Feb. 2000	Famulatur an der Gynäkologischen Abteilung, Universitätsklinik Basel, Schweiz
März 2001	Famulatur an der Neurologischen Abteilung, Universitätsklinik Innsbruck
Aug 2001	Famulatur am Emergency Department, Rockingham- Kwinana District Hospital, Rockingham, Australien

Feb. 2002 Famulatur in der Praxis für Kardiologie, Dr. Joachim Rockstroh, Friedrichsdorf

Ehrenamtliche Tätigkeiten

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Berg- und Expeditionsmedizin

Sprachkenntnisse

Deutsch (Muttersprache), Englisch (fließend), Spanisch, Französisch (Grundkenntnisse)

Persönliche Interessen

Bergsport, Literatur, Reisen.

München, November 2004



An alle Bildungsdirektionen

Klarstellungen betreffend Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes (MNS) ab dem 07.12.2020

Mit der letzten Novelle der C-SchV 2020/21 (BGBl. II Nr. 538/2020) wurde an allen Schulen der Sekundarstufe I und II eine generelle Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung (MNS) rechtlich festgelegt (siehe dazu § 23 Abs. 1). Da derzeit schon zahlreiche Fragen im Hinblick auf die Nicht-Einhaltung dieser Vorschrift eingelangt sind, wird dazu Folgendes mitgeteilt:

Schülerinnen und Schüler:

Es wird nochmals betont, dass das durch die C-SchV 2020/21 vorgesehene Tragen eines MNS zu den Pflichten der Schülerinnen und Schüler gehört und eine Verletzung dieser Pflichten entsprechende rechtliche Folgewirkungen auslöst.

Folgende Möglichkeiten bieten sich weiters:

1. <u>Erlaubnis zum Fernbleiben vom Unterricht</u>

Für jene Schülerinnen und Schüler (bzw. deren Erziehungsberechtigte), welche sich aus sonstigen, mit der COVID-19-Pandemie in Zusammenhang stehenden Gründen, nicht in der Lage sehen, am Unterricht teilzunehmen, besteht die Möglichkeit der Erlaubnis zum Fernbleiben vom Unterricht aus wichtigen Gründen im Sinne des § 9 Abs. 6 SchPflG bzw. des § 45 Abs. 4 SchUG, zumal die gegenwärtige Situation als außergewöhnliches Ereignis im Leben der Schülerin bzw. des Schülers oder in deren bzw. dessen Familie im Sinne der vorstehend genannten Bestimmungen qualifiziert werden kann.

Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der epidemiologischen Situation, welche ein rasches Agieren erfordert, einerseits, sowie dem Bedarf an einer größtmöglichen Planungssicherheit für die Schulen andererseits, ist die Erteilung dieser

Erlaubnis zum Fernbleiben im Ausmaß von einer Woche, welche sowohl im Anwendungsbereich des § 9 Abs. 6 SchPflG als auch in jenem des § 45 Abs. 4 SchUG in der Zuständigkeit des jeweiligen Schulleiters fällt, anzustreben.

Der Vollständigkeit halber wird festgehalten, dass im Falle der Erlaubnis zum Fernbleiben Leistungsfeststellungen sowie -beurteilungen nicht stattfinden können und das Nachholen des Lehrstoffes in der Verantwortung der Schülerinnen und Schüler bzw. deren Erziehungsberechtigten liegt; eine Begleitung durch „Distance Learning "erfolgt hier nicht.

Darüber hinaus sollten die Schülerinnen und Schüler bzw. deren Erziehungsberechtigte darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass für den Fall, dass sich eine sichere Beurteilung für die betreffende Schulstufe nicht treffen lässt, das Fernbleiben die Ablegung von Feststellungsprüfungen bzw. Nachtragsprüfungen gem. § 20 Abs. 2 SchUG nach sich ziehen könnte.

2. Ortsungebundener Unterricht für Risikogruppen im Sinne des § 8 C-SchVO 2020/21

Schülerinnen und Schüler, für welche die Schulleitung infolge des Vorliegens eines in § 8 C-SchVO 2020/21 genannten Grundes (Stichwort „Risikogruppen ", also auch jene Schülerinnen und Schüler, denen eine besondere psychische Belastung auf Grund von steigenden Infektionszahlen ärztlich attestiert wurde) den ortsungebundenen Unterricht angeordnet hat, nehmen nicht am Unterricht ihrer Stammklasse, sondern an einem von der zuständigen Schulbehörde einzurichtenden ortsungebundenen Unterricht teil.

Dieser Unterricht schließt auch die Durchführung von Leistungsfeststellungen im Sinne der Leistungsbeurteilungsverordnung (LBVO), BGBl. Nr. 371/1974 in der geltenden Fassung, mit ein. Grundsätzlich sind im Rahmen des ortsungebunden Unterrichts Leistungsfeststellungen im Wege der elektronischen Kommunikation durchzuführen

Die Leistungsbeurteilung über die gesamten in einem Unterrichtsgegenstand auf einer Schulstufe erbrachten Leistungen im Sinne des § 20 SchUG erfolgt gemäß § 8 Abs. 3 C-SchVO 2020/21 durch die Lehrperson jener Schule, der die Schülerin oder der Schüler angehört („Stammklasse ") unter Einbeziehung der im ortsungebundenen Unterricht durchgeführten Leistungsfeststellungen. Hierfür ist das Zusammenwirken sämtlicher Lehrkräfte erforderlich.

3. Befreiung vom Tragen des Mundnasenschutzes

Für jene Schülerinnen und Schüler, welchen aufgrund ihrer Behinderung oder Beeinträchtigung das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes nachgewiesenermaßen nicht

zugemutet werden kann, sieht die C-SchVO 2020/21 in ihrer Anlage A unter Punkt 3.2. vor, dass sie vom verpflichtenden Tragen des Mund-Nasen-Schutzes ausgenommen sind.

Lehrpersonen

Die schulrechtlich angeordnete Pflicht zum Tragen eines MNS zählt für die Lehrpersonen zu den Dienstpflichten. Bei Dienstpflichtverletzungen sieht das Dienstrecht bei Beamten und Vertragsbediensteten bestimmte Konsequenzen vor, die im konkreten Fall zu vollziehen sind.

Wird jedoch durch das Tragen eines MNS der Unterricht zwingend unmöglich gemacht, kann temporär davon Abstand genommen werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn beim Unterricht für gehörlose Schülerinnen und Schüler das Lippenlesen bei der Lehrperson durch das Tragen eines MNS nicht gewährleistet ist.

Androhung von Strafanzeigen, Haftungsklagen usw. durch Erziehungsberechtigte

Lehrpersonen und Schulleitungen sind im schulischen Kontext in Vollzug der Gesetze und der übrigen rechtlichen Grundlagen, also auch der C-SchV 2020/21, tätig. Sie können daher in dieser Tätigkeit nicht rechtswidrig handeln bzw. für deren Vollzug nicht haftbar gemacht werden.

Den Schulleitungen wird empfohlen, die Einschreiter darüber zu informieren, dass das Schreiben zur Kenntnis genommen und zur weiteren Veranlassung an die Bildungsdirektion übermittelt wird. Den Bildungsdirektionen wird empfohlen, den Einschreitern binnen 14 Werktagen mit einem einfachen formlosen Schreiben mitzuteilen, dass ihr Schreiben eingelangt ist und sich in Bearbeitung befindet (Hinweis: Es gibt derzeit ein Verfahren vor dem VfGH zum Thema MNS in Schulen; diese Entscheidung ist abzuwarten).

Die Bildungsdirektionen werden ersucht, die Schulen ihres Zuständigkeitsbereiches entsprechend in Kenntnis zu setzen.



bildung-vbg.gv.at

Abteilung Präs/3
Lehrpersonal
Bahnhofstraße 12, 6900 Bregenz

Mag. Valerian Fischer
+43 5574 4960 - 459
pr3@bildung-vbg.gv.at

Klemens Rangger
Keltenstraße 102
6844 Altach
E-Mail: direktion@ptsdo.snv.at

Zustellung im Dienstweg

Antwortschreiben sind bitte unter Anführung der Geschäftszahl einzubringen.

Geschäftszahl: pr3.IIa-261-388

Bregenz, 07.12.2020

Weisung

Sehr geehrter Herr Rangger,

bezugnehmend auf Ihre E-Mail vom 04.12.2020 machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die beabsichtigte Nichteinhaltung der COVID-19 Verordnungen neben disziplinären Maßnahmen auch verwaltungsstrafrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Auch Schadenersatzansprüche können in weiterer Folge nicht ausgeschlossen werden.

Unabhängig von Ihrer persönlichen Einstellung zu den COVID-19 Maßnahmen werden Sie daher aufgefordert, den Vorgaben der Verordnungen Folge zu leisten.

Mit freundlichen Grüßen

Für die Bildungsdirektion

Mag. Günter Kraft



Der Impfaktivismus der Gates-Stiftung

In der Coronakrise tritt der Milliardär Bill Gates öffentlichkeitswirksam als Impfaktivist in Erscheinung. Der Tenor: Ein Impfstoff ist die Lösung, es geht nur noch um die Umsetzung. Gates zufolge soll sich die G20 nun „mit der Logistik eines globalen Immunisierungsprojekts auseinandersetzen". An weiteren Diskussionen und der Erörterung von Alternativen scheint kaum Interesse zu bestehen. Die Zeit drängt und man verlässt sich auf Gates, der die Gefahr einer Pandemie schließlich schon früh erkannt hatte und daher wisse, was zu tun sei. Wie gerechtfertigt ist dieses Vertrauen?

ERIC WAGNER, 16. April 2020
Quelle: https://multipolar-magazin.de/artikel/der-impfaktivismus-der-gates-stiftung

Die Stiftung des ehemaligen Microsoft-Chefs Bill Gates, die „Bill and Melinda Gates Foundation" (BMGF), wird kontrolliert von ihren drei Treuhändern: Bill und Melinda Gates sowie dem Hedgefonds-Manager Warren Buffett. Die Stiftung verfügt über ein Vermögen von gut 50 Milliarden Dollar – etwa die Hälfte davon stammt von Buffett – und finanziert eine Vielzahl von wohltätigen Projekten.

Die BMGF ist nach den USA der größte Spender der Weltgesundheitsorganisation WHO und zahlte ihr im Jahre 2018 über 200 Millionen Dollar – insgesamt mehr als Deutschland, Frankreich und Schweden im gleichen Zeitraum zusammen. Dies ist nicht der einzige Weg, auf dem die WHO durch Gates finanziert wird. Die Impfallianz GAVI, früher unter dem Namen „Global Alliance for Vaccines and Immunisation" (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung) bekannt, stellte der WHO 2018 weitere 150 Millionen US-Dollar zur Verfügung. Einer der Hauptgeldgeber bei GAVI ist wiederum die BMGF, im Jahre 2016 beispielsweise mit 1,5 Milliarden Dollar.

Man kann also davon sprechen, dass die BMGF und damit das Ehepaar Gates und Warren Buffett über direkte und indirekte Wege die Haupteinnahmequelle der WHO sind, was Fragen zu deren Unabhängigkeit von diesen Finanzquellen aufwirft. Die BMGF finanzierte darüber hinaus die Gründung der „Koalition für Innovationen in der Epidemievorbeugung“ (CEPI), die sich mit der Erforschung und Entwicklung von Impfstoffen beschäftigt, im Jahre 2017 mit gut 100 Millionen Dollar. Darüber hinaus unterstützt die Stiftung regelmäßig mit Millionenbeträgen Nichtregierungsorganisationen wie PATH, die sich mit der Entwicklung von Impftechnologien befassen. Auch die größten globalen Pharmakonzerne stehen auf der Empfängerliste der BMGF, so beispielsweise Pfizer, Novartis, GlaxoSmithKline und Sanofi Aventis. Die umfassende Einflussnahme der BMGF im Impfbereich ist offensichtlich.

Finanzierung mit „Krisenbezug“

In der Coronakrise fällt auf, dass Institutionen, die aktuell eine wichtige Rolle spielen, ebenfalls von der BMGF unterstützt werden. So erhält die amerikanische Johns Hopkins University, wo die weltweite und in allen Medien verbreitete Corona-Statistik geführt wird, regelmäßig Großspenden. Allein in den letzten zehn Jahren flossen von der Gates-Stiftung mehr als 200 Millionen Dollar an die Universität. Der Verwendungszweck waren Programme zur Familienplanung.

In Deutschland erhielt das Robert Koch-Institut als zuständige nationale epidemiologische Behörde im November 2019 250.000 Dollar. Der Charité in Berlin (Arbeitgeber von Prof. Christian Drosten) flossen 2019 und 2020 insgesamt mehr als 300.000 Dollar zu. Wie auch bei der WHO ist die Vermutung von Interessenskonflikten naheliegend, sofern diese Institutionen oder ihre Mitarbeiter politische Empfehlungen abgeben, die Auswirkungen auf Unternehmen haben, die die Stiftung fördert oder in die sie zur Geldanlage investiert.

Währenddessen sind über das Portal „Frag den Staat“ Anfragen zu Kontakten und finanziellen Verbindungen zwischen dem Bundesgesundheitsministerium beziehungsweise der Charité und der BMGF gestartet worden, deren Ergebnisse aufschlussreich sein könnten.

Die Aktivitäten der Stiftung in Deutschland beschränken sich nicht nur auf gesundheitliche Aspekte. Auch etablierte Medien werden finanziell unterstützt. Zum Beispiel erhielt der SPIEGEL im Dezember 2018 2,5 Millionen Dollar, die ZEIT im Dezember 2019 300.000 Dollar. Man darf vermuten, dass dies nicht umsonst geschieht und kritische Recherchen dieser Medien hinsichtlich der Aktivitäten der Gates-Stiftung damit nicht unbedingt wahrscheinlicher werden.

Die Stiftung gehört darüber hinaus zu den Organisatoren der unter dem Namen „Event 201“ bekannt gewordenen Pandemiesimulation, die im Oktober 2019 kurz vor Ausbruch der Coronakrise stattfand. Beteiligt waren daran außerdem – wiederum – die Johns Hopkins University sowie das Weltwirtschaftsforum.

Angesichts der vielfältigen finanziellen Verbindungen zu einflussreichen Institutionen der Gesundheitsbranche sowie der Medien sollten die BMGF und die mit ihr verbundenen Einrichtungen mit besonderer Aufmerksamkeit betrachtet werden. Dies gilt insbesondere für die herausgehobene Stellung, die Bill Gates beim Krisenmanagement übernehmen will und die er auch unkritisch geboten bekommt.

Wozu der Impfaktivismus?

Zur Frage nach dem Ziel des Gates'schen Impfaktivismus lohnt es sich, Gates selbst zuzuhören. Bei einem TED-Talk sagte er 2010 bezüglich der CO2-Problematik und eines möglichen Teils ihrer Lösung:

> *„Auf der Welt leben heute 6,8 Milliarden Menschen. Das steigt auf etwa 9 Milliarden an. Wenn wir nun bei den neuen Impfstoffen, der Gesundheitsfürsorge und der Familienplanung wirklich gute Arbeit leisten, könnten wir diese Zahl vielleicht um 10 oder 15 Prozent senken.“*

Er sagt damit, dass Impfungen und Gesundheitsdienstleistungen bezüglich der menschlichen Fortpflanzung zu einer Reduktion der Bevölkerung beitragen können, die wiederum das Klimaproblem, wenn auch nur in geringem Maße, lösen helfe. Nun gibt es zu dieser Aussage wohl verschiedene Standpunkte, die hier nicht weiter diskutiert werden sollen. Allerdings könnte man sich darauf einigen, dass solche Schritte nur in Zusammenarbeit mit den beteiligten Menschen sowie mit deren ausdrücklicher Zustimmung erfolgen sollten. Dazu gehört vor allem auch die vollständige Aufklärung hinsichtlich der Folgen und Risiken solcher Eingriffe. Dass dies bei den Projekten der BMGF und der durch sie finanzierten Institutionen nicht so ist, zeigt der folgende Fall.

Impfmissbrauch in Kenia

Im Oktober 2014 erhob die Katholische Gesundheitskommission Kenias Vorwürfe im Rahmen der von der WHO und UNICEF durchgeführten Tetanusimpfungen. Dies geschah, da sich im Vergleich zu früheren Impfkampagnen Veränderungen ergaben, die den Verantwortlichen merkwürdig erschienen. So wurde die katholische Kirche als Trägerorganisation zahlreicher medizinischer Einrichtungen in die Kampagne nicht eingebunden und Öffentlichkeitsarbeit fand im Gegensatz zu den vorangegangen Polioimpfungen nur in sehr begrenztem Maße statt. Weiterhin wurden die Tetanusimpfungen ohne besondere gesundheitliche Notwendigkeit und nur an Frauen im Alter von 14 bis 49 Jahren verabreicht, was dem Verdacht Raum gab, dass es sich hier um verdeckte Impfungen zur Geburtenkontrolle handeln könnte. Diese stehen in Zusammenhang mit humanem Choriongonadotropin (hCG), welches als Hormon für Beginn und Erhalt der Schwangerschaft verantwortlich ist.

Im Februar 2015 veröffentlichte der Gynäkologe und Entbindungsarzt Dr. Wahome Ngare im Namen der Kenianischen Katholischen Ärztevereinigung einen Beitrag in der Fachzeitschrift „Catholic Medical Quarterly“ der katholischen medizinischen Gesellschaft Großbritanniens, in dem er die Vorwürfe ausführte. Laut seinem Artikel wurde der Impfstoff gezielt importiert und hatte eine andere Ansatznummer zur Bezeichnung als übliche Tetanusimpfstoffe. Außerdem waren fünf Impfrunden mit Abständen von jeweils sechs Monaten geplant, die bei Tetanus unüblich, jedoch bei hCG-Impfstoffen zur Verhinderung von Schwangerschaften normal sind.

Darüber hinaus verwies er auf solche „versteckten“ und methodisch ähnlichen Sterilisierungsmaßnahmen in Mexiko 1993 sowie in Nicaragua und auf den Philippinen 1994, bei denen Mädchen und Frauen unwissentlich sterilisiert worden waren. Er beschrieb, dass sich die katholische Kirche nach Bekanntwerden der Vorwürfe beim kenianischen Gesundheitsminsterium beschwerte und einen Test des Impfstoffs verlangte, der allerdings abgelehnt wurde. Im weiteren Verlauf gelang es den katholischen Vertretern dann, sich Zugang zu einigen Impfdosen zu verschaffen und diese von unabhängiger Seite testen zu lassen.

Laut Ngare enthielt der Impfstoff das vermutete Schwangerschaftshormon, was aus seiner Sicht die leitende Rolle der WHO in absichtlichen Massensterilisierungen zur Geburtenkontrolle belegt. Vor dem Bekanntwerden der heimlichen Impfstoffanalysen zeigte sich die Weltgesundheitsorganisation über die "Falschinformation" der katholischen Kirche, für die es keine Nachweise gebe, "tief beunruhigt". Nach der Veröffentlichung der Ergebnisse willigte sie ein, den Impfstoff einer gemeinsamen Kommission zur erneuten Analyse vorzulegen.

Bestätigung durch wissenschaftliche Arbeit

Eine im Oktober 2017 erschienene wissenschaftliche Arbeit der Universitäten von Louisiana (USA) und British Columbia (Kanada), zusammen mit Dr. Wahome Ngare bestätigte die erhobenen Vorwürfe. Die geplanten fünf Impfungen anstelle des üblichen Ablaufs bei Tetanus waren identisch zu denen zur Bevölkerungskontrolle und die ausschließliche Zusammensetzung der Zielgruppe aus Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter konnte nicht überzeugend begründet werden.

Darüber hinaus wurde die Kampagne unüblicherweise nicht von einer medizinischen Einrichtung, sondern von einem Hotel aus koordiniert und die Anlieferung und Abholung des Impfstoffs erfolgte unter Polizeischutz. Die Arbeit der Krankenschwestern wurde ebenfalls durch WHO und Polizei überwacht. In den heimlich getesteten Impfdosen konnten Schwangerschaftshormone festgestellt werden, während die später durch die WHO angelieferten Impfdosen durchweg negativ getestet wurden, so die Wissenschaftler. Der Verdacht einer versuchten Manipulation durch einen Tausch des Impfstoffs liegt also nahe und würde auch die umfangreichen und ungewöhnlichen Sicherheitsmaßnahmen beim Umgang mit dem ursprünglichen Impfstoff erklären. Die wesentliche Rolle der WHO in verdeckten Maßnahmen zur Zwangssterilisation und damit Bevölkerungskontrolle konnten für Kenia also nachgewiesen werden.

Planungen zur Bevölkerungskontrolle in der WHO seit 1972

Die Wissenschaftler setzten sich in diesem Zusammenhang auch mit der Geschichte von Maßnahmen zur Bevölkerungskontrolle innerhalb der WHO auseinander, die seit der Gründung der Organisation 1945 unter dem euphemistischen Namen „Familienplanung“ firmieren. Das WHO-Forschungsprogramm der Impfstoffentwicklung zur Bevölkerungskontrolle startete 1972, eine Studie dazu wurde 1976 veröffentlicht. Die WHO-„Dienstleistungen“ der Sterilisation ohne Zustimmung der Betroffenen sind laut den Wissenschaftlern seit den 1970er Jahren bekannt, während die von Dr. Ngare genannten Fälle in Mexiko, Nicaragua und auf den Philippinen in den 1990er Jahren ebenfalls für Empörung sorgten.

Die Gates-Stiftung, ursprünglich 1994 von Gates´ Vater William Gates Sr. gegründet, finanziert Maßnahmen zur Familienplanung noch heute. Wie bereits erwähnt, erhielt die Johns Hopkins University in den letzten zehn Jahren mehr als 200 Millionen Dollar zu diesem Zweck. Darüber hinaus finanziert die BMGF auch die Organisation „Planned Parenthood“ („Geplante Elternschaft“), die in Bill Gates Jugendzeit bereits von dessen Vater geleitet worden war, und die ursprünglich aus der „American Birth Control League“ („Amerikanische Liga für Geburtenkontrolle“) hervorging. Die Finanzierung der WHO und der Impfaktivismus der Gates-Stiftung, auch im Namen der Bevölkerungskontrolle, scheinen die Fortsetzung einer Familientradition zu sein.

Impfmissbrauch kein Einzelfall?

Eine direkte Verstrickung in Impfmissbrauch wurde der BMGF nicht nachgewiesen. Fragen bleiben allerdings offen, wie ein Fall aus Indien aus dem Jahre 2009 zeigt. Dort führte die von der Stiftung finanzierte Organisation PATH eine Studie an 16.000 Mädchen zwischen 9 und 15 Jahren mit einem Impfstoff gegen Gebärmutterhalskrebs durch. Danach erkrankten viele der Mädchen und fünf starben, während an anderer Stelle von 14.000 Kindern zwei die Folgen der Impfung nicht überlebten. PATH und der BMGF wurde vorgeworfen, die meist nicht des Lesens und Schreibens mächtigen Eltern der Kinder über den Impfstoff, seine Risiken und Ziele nicht aufgeklärt zu haben.

Der Anwalt und Impfkritiker Robert F. Kennedy Jr. listet in einem Artikel eine ganze Reihe von Missbräuchen in von Gates unterstützten Projekten auf. Seine Organisation „Children's Health Defense“ („Verteidigung der Gesundheit der Kinder“) warnt eindringlich vor einem Gates-Impfstoff im Rahmen der Coronakrise.

ID 2020 – die digitale Identität

Im Hinblick auf andere von Gates finanzierte Projekte ist eine noch umfassendere Zweckentfremdung von Impfungen durchaus vorstellbar.

Die „Digital Identity Alliance“, kurz „ID 2020“, beschäftigt sich laut eigener Aussage mit der Schaffung einer digitalen Identität, die es Menschen ermöglichen soll, sich über Grenzen hinweg zu identifizieren und dabei die Kontrolle über ihre persönlichen Daten zu behalten. Gründungspartner des Projekts sind Gates' Firma Microsoft, die von Gates geförderte Impfallianz GAVI, die Unternehmensberatung Accenture sowie die Rockefeller Foundation, eine der ältesten und reichsten Stiftungen der USA.

Seit September 2019 kooperiert die „Digital Identity Alliance“ mit der Regierung Bangladeschs zur Einführung von digitalen Identitäten. Dabei werden Impfungen mit der Erfassung biometrischer Daten, wie zum Beispiel Fingerabdrücken, kombiniert und sollen so eine digitale Identifizierung der jeweiligen Person ermöglichen.

Bis Februar 2020 wurden 100 Millionen digitale Identitäten angelegt, wie der zuständige Minister in einem Artikel für das Weltwirtschaftsforum berichtete. Vermarktet wird diese Erfassung als „digitale Inklusion“, vermeintlich zur Einbeziehung benachteiligter Menschen in die Vorzüge der modernen Welt.

Reisen nur noch mit "digitalem Immunitätsnachweis“?

Auch in Europa zeigen sich bereits erste Ansätze, die Technologie zu etablieren. So berichtet der Handelsblatt-Journalist Norbert Häring über eine Anwendung im Rahmen des „Known Traveller“-Programms des Weltwirtschaftsforums, das eine vorerst freiwillige Datenfreigabe zur bevorzugten Abfertigung bei Flugreisen vorsieht. Langfristig möglich erscheint aber auch eine verpflichtende Regelung, sofern das System erst einmal etabliert ist. Gates erklärte am 24. März im Interview mit dem TED-Moderator Chris Anderson:

> *„Letzten Endes brauchen wir Bescheinigungen darüber, wer eine genesene Person ist und wer eine geimpfte Person ist, denn Menschen sollen nicht um die Welt reisen, solange es Länder gibt, die die Situation nicht unter Kontrolle haben. Es soll aber auch nicht unmöglich sein, dass Menschen dorthin gehen und zurückkommen und sich bewegen können. Letztendlich wird es eine Art digitalen Immunitätsnachweis geben, der die weltweite Öffnung [nach dem Lockdown] erleichtern wird.“*

Der letzte – sehr brisante – Satz wurde in der offiziellen TED-Fassung des Interviews herausgeschnitten (Minute 33:55). Norbert Häring kommentiert dazu:

> *"Den Beleg in digitaler Version zu haben, klingt praktisch, weil schneller und einfacher. Doch wenn ein digitaler Beleg für das internationale Reisen global nutzbar sein soll, braucht es einen Speicherort für die Belege, der als sicher gilt und allgemein zugänglich ist, einen Standard für den Datenaustausch, der überall funktioniert, und einen globalen Standard für die Zertifizierung der Echtheit eines Belegs. All das will das von der US-Homeland Security und dem*

Weltwirtschaftsforum vorangetriebene Known-Traveller-Programm entwickeln und durchsetzen. Bill Gates ist eines der einflussreichsten Mitglieder des Weltwirtschaftsforums, wenn nicht das einflussreichste.

Mit der aktuellen Kooperation von Google und Apple bei der Bereitstellung einer einheitlichen Corona-App zur Identifizierung möglicher Covid-19-Infizierter für die beiden alles dominierenden Mobiltelefon-Betriebssysteme Android und iOS könnte der global zugängliche Speicherort entstehen. (…) Und schon ist das Known-Traveller-Programm in einer ersten Anwendung fertig. (…) Alle dürfen selbst entscheiden, ob sie reisen und die App nutzen möchten, oder ob sie lieber zuhause bleiben.

Da Google und Apple ohnehin eng und vertrauensvoll mit den Sicherheitsbehörden und Geheimdiensten zusammenarbeiten, wird es kein Problem sein, weitere Anwendungsgebiete hinzuzufügen. Zunächst können die Sicherheitsbehörden im Bedarfsfall ein Häkchen bei "darf nicht reisen" oder bei "besonders zu beobachten" machen. Danach könnte man das System beliebig weiter verfeinern (…) Dank Covid-19 rückt die Schöne neue Welt in Riesenschritten näher."

Langfristig ermöglichen die Maßnahmen eine umfassende Kontrolle, der sich jeder aussetzen soll, der noch in irgendeiner Art und Weise am Leben teilnehmen will. Die aktuelle Krisensituation bietet nun offenbar einen geeigneten Vorwand für die beschleunigte Umsetzung solcher Pläne.

„Wir werden den Impfstoff sieben Milliarden Menschen verabreichen"

Passend dazu boten die ARD Tagesthemen am 12. April Gates eine Plattform, um sein Vorhaben dem deutschen Publikum nahezubringen. Moderator Ingo Zamperoni agierte dabei als Stichwortgeber eines Gesprächs, das in seinem Charakter eher einer Pressekonferenz der BMGF glich, als einer an Aufklärung interessierten Nachrichtensendung. Ganz im Sinne von Gates kam Zamperoni zum Schluss, dass „wir trotz aller Anstrengungen die Pandemie nur in den Griff bekommen werden, wenn wir einen Impfstoff entwickeln".

Dem pflichtete Gates bei und betonte, dass wir zur Normalität erst zurückkehren könnten, „wenn wir entweder ein Wundermittel gefunden haben, das in 95 Prozent der Fälle hilft, oder wenn wir einen Impfstoff entwickelt haben". Er betonte darüber hinaus, dass „wir" (!) den zu entwickelnden Impfstoff „letztlich sieben Milliarden Menschen verabreichen werden". Es stellt sich die Frage, an wen Gates denkt, wenn er in diesem Kontext von „wir" spricht. Man darf vermuten, dass es auch die durch seine Stiftung unterstützten Institutionen sind.

Ein kritischerer Umgang mit der Gates-Stiftung und ihren Aktivitäten sowie gründliche Informationen über die bereits laufenden Entwicklungen, gerade in der Kombination von Impfaktivismus, digitaler Identität und weitreichender Kontrolle und Überwachung erscheinen dringend notwendig.

Welche Maßnahmen mittlerweile möglich sind, zeigt die gesetzliche Erlaubnis von Zwangstests, Zwangsimpfungen und Zwangsbehandlungen in Dänemark. Sollte es nicht gelingen, solche Maßnahmen und Strukturen einer breiteren Öffentlichkeit bekanntzumachen, könnte die Gesellschaft in der aktuellen Krisensituation in einen Polizei- und Überwachungsstaat hineinschlittern, über den sie sich vielleicht erst dann voll bewusst wird, wenn sich die digitalen Handschellen bereits geschlossen haben.

Über den Autor: Eric Wagner, Jahrgang 1990, hat Pädagogik, Geschichte und Politikwissenschaft in Leipzig studiert, anschließend Südosteuropastudien in Belgrad und Ljubljana. Er arbeitet als Erzieher an einer freien Gemeinschafts-schule.



Samstag, 02. Mai 2020, 15:59 Uhr
~17 Minuten Lesezeit

Der Pandemie-Krimi

Covid-19 ist ein Fall für Medizin-Detektive.
von Wolfgang Wodarg

Foto: AVN Photo Lab/shutterstock.com

Artikel Link: https://www.rubikon.news/artikel/der-pandemie-krimi

Der massenhafte, überproportional häufige Tod von Covid-19-Patienten mit dunkler Hautfarbe und aus südlichen Ländern ist offenbar auch Folge einer medikamentösen Fehlbehandlung. Betroffen sind Menschen mit einem speziellen Enzymmangel, der vor allem bei Männern auftritt, deren Familien aus Regionen stammen, wo Malaria endemisch war oder ist. Sie werden derzeit mit Hydroxychloroquin, einem für sie unverträglichen Medikament behandelt, das jetzt überall auf der Welt im Kampf gegen Covid-19 eingesetzt wird. Wenn dies nicht rasch aufhört, droht ein Massensterben, vor allem in Afrika.

Bevor ich meine Recherchen zu diesen mich sehr beunruhigenden Befunden schildere, zunächst ein paar Worte zur Einschätzung der Corona-Krise, zur Verlässlichkeit des SARS-CoV-2 PCR-Tests sowie zur allgegenwärtigen Angst und dazu, wie diese politisch benutzt wird.
Bei meinen Untersuchungen zu den Ereignissen nach Wuhan, welche die Welt seit Anfang 2020 völlig verändert haben, bin ich mir schnell sicher gewesen, dass wir zwar eine neue Coronavirus-Variante erleben, dass diese sich angesichts der deutschen Daten zur Mortalität (Sterblichkeit) und Morbidität (Krankheitshäufigkeit) allerdings nicht wesentlich von dem unterscheidet, was in den vergangenen Jahren beobachtet wurde oder hätte beobachtet werden können.

Coronaviren standen bisher weltweit nicht im Mittelpunkt epidemiologischer Beobachtung, da sie, außer kurzfristig in China (SARS 2002/2003) und in den arabischen Ländern (MERS ab 2012), nicht wesentlich zu den globalisierten virusbedingten saisonalen Atemwegs-erkrankungen beitrugen. Auch gab es gegen sie keine jährlich neu kombinierbaren Impfstoffe, wie sie gegen Influenza verkauft werden.

Die normalen weltumkreisenden Krankheitsepisoden werden bekanntlich seit der Schweinegrippe 2009 in inflationärer Weise und jeweils auf einzelne Erreger fokussierend mit dem Begriff „Pandemie" bezeichnet. In diesem Zusammenhang ist schon lange Wachsamkeit und historisch berechtigtes Misstrauen geboten. Denn wenn schon unsere normalen, sich wandelnden und global kreisenden viralen Wintergäste, wie die H1N1-Viren im Jahr 2009, die Kriterien einer Pandemie erfüllen, dann ist der Begriff sinnentleert geworden. Vor 2009 war das noch anders, zu dieser Zeit gehörten zu den notwendigen Charakteristika einer Pandemie auch sehr viele schwere Krankheitsverläufe und zahlreiche Todesfälle mit weltweiter katastrophaler Überlastung der Gesundheitsversorgung.

Die reinen infektionsepidemiologischen Aspekte des Wuhan-Phänomens sind für mich weitgehend übersichtlich. Nach den vorliegenden Zahlen der deutschen Netzwerke zur Überwachung der akuten Atemwegserkrankungen (ARE), der Arbeitsgemeinschaft Influenza und des Grippe-Web, und nach den Krankenhausdaten für ARE, sowie den Daten über die Auslastung der Intensivstationen des Landes, ist die Grippewelle 2019/2020 mit ihrem vielfältigen Erregerspektrum ohne Besonderheiten vorübergegangen. Lediglich die Konsultationen in den Melde-Praxen fanden in den letzten Wochen der Saison wegen des Lockdowns offenbar erheblich seltener statt.

In Bezug auf akute saisonale Atemwegserkrankungen gibt es aktuell keinen Grund zur Angst vor vermehrten akuten respiratorischen Infektionen. Aus medizinischer Sicht, und bei Betrachtung der vorliegenden Daten, sind besondere Vorsichtsmaßnahmen ab sofort überflüssig — auch wenn die Regierung etwas anderes sagt.

Der PCR-Test: unspezifisch, medizinisch unnütz, aber ängstigend

Wegen der großen Bedeutung für das Covid-19-Geschehen ist besondere Aufmerksamkeit auf den SARS-CoV-2 PCR-Test zu richten — das einzige Instrument, das zur Verfügung stand, um das Virus zu messen und um von einer neuen Ausbreitung überhaupt reden zu können. An meiner Einschätzung dazu hat sich seit Ende Februar nichts geändert: Ohne den von deutschen Wissenschaftlern entworfenen PCR-Test auf SARS-CoV-2-Viren hätten wir von einer Corona-„Epidemie" oder gar „Pandemie" nichts bemerkt.

Mit dem Test zog man, nachdem die WHO ihn empfohlen hatte („nicht für Zwecke der Krankheitserkennung"), durchs Land und versuchte, Bruchstücke von SARS-Viren zu finden. Eine Stelle in China, die einer der Entwickler des PCR-Tests, Prof. Drosten, in einem Interview beim Deutschlandfunk nicht namentlich nennen wollte, bestätigte dem Virologen, dass mit dessen Testansatz das gesuchte SARS-Bruchstück im Wuhan-SARS-Virus gefunden worden sei.

Meine Beurteilung des nicht amtlichen und nicht für medizinische Zwecke zugelassenen Tests, mit dem inzwischen weltweit nach „Fällen“ gesucht wird, lautet:

> *Wie kann ein Test, der bei den vielen unterschiedlichen SARS-Viren von Fledermäusen, Hunden, Tigern, Löwen, Hauskatzen und Menschen positiv ausfällt, die sich seit vielen Jahren weltweit verändern und verbreiten, für den Nachweis eines angeblich erst vier Monate alten SARS-CoV-2 spezifisch genannt werden?*

Es handelt sich offenbar um einen sensiblen Test, der zu viele positive Ergebnisse liefert, der also auch viele inzwischen natürlich rekombinierte SARS-ähnliche Erreger nachweisen kann. Dass die Viren aus Wuhan auch dabei waren, wird dadurch nicht bestritten.

> *Der Test misst aber offenbar auch frühere SARS-Varianten, die sich laufend verändern, schnell ihre Wirte wechseln können und nicht in den Datenbanken der Virologen zu finden sind. Diese waren und sind aber auch offensichtlich nicht als außergewöhnlich gefährlich aufgefallen.*

Woher wissen wir also, dass die Diskrepanz zwischen den vielen harmlosen Infektionen und den wenigen schwereren Verläufen nicht dadurch bedingt ist, dass unterschiedliche Varianten mit dem benutzten Test gleichermaßen gefunden werden? Zumal er sogar bei tierischen Varianten positiv ausfällt!

Ein wenig aussagender positiver Test macht jedoch in jedem Fall Angst und löst sofort und berechenbar ein entsprechendes Verhalten bei den Betroffenen und den Verantwortlichen aus. Das flächendeckende Testen, die Fixierung auf Beatmungsplätze, das Leerräumen der Kliniken für die angekündigte Flut der Covid-19 Opfer und Triage-Übungen erzeugten eine Panik und ermöglichten damit die Folgsamkeit einer stark eingeschüchterten Bevölkerung.

Darf die Angst nicht weichen?

Als schon vor Beginn der Lockdown-Maßnahmen immer deutlicher wurde, dass Deutschland wohl weitgehend verschont bleiben würde, beherrschten zwei neue Schreckensbilder die Berichterstattung auch bei uns und sorgten für ein Fortbestehen von Angst und Folgsamkeit: Särge und tödliches Chaos in vielen italienischen und spanischen Kliniken, Kühlcontainer voller Leichen und Massengräber in New York. Daraus schloss man, dass es sich dann ja wohl doch um eine gefährliche Seuche handeln müsse.

> *Es ist aber unwahrscheinlich, dass ein und dasselbe Virus in Hamburg so viel harmloser ist als in New York. Das muss andere Gründe haben.*

Deshalb richtete ich meine Recherchen auf diese neuen Brennpunkte des Geschehens. Vielleicht, so meine Hoffnung, wäre dann auch besser zu verstehen, weshalb viele Regierungen immer wieder von einer drohenden „zweiten Welle“ und von der weiteren Notwendigkeit des Lockdowns sprechen.

Argumentiert wird derzeit, dass die Maßnahmen mehr oder weniger so lange aufrechterhalten werden müssten, bis die gesamte Bevölkerung durch eine Impfung gerettet werden könne. Eineinhalb Jahre einer „neuen Normalität“ ohne Urlaubsreisen, Feste, Kultur- und

Sportveranstaltungen werden eingefordert und Zwangsimpfungen, Zwangstestungen, Tracking- und Immunitäts-Apps in Aussicht gestellt.
Doch weshalb? Was macht die Regierung so sicher, dass sie es für notwendig hält, das Grundgesetz in wesentlichen Teilen außer Kraft zu setzen, den Mittelstand in den Bankrott zu treiben und Arbeiter und Angestellte in die Arbeitslosigkeit fallen zu lassen? Was droht uns noch?

Medical Detectives: Ein Blick unter die Oberfläche

Es gilt also herauszufinden, was zum Beispiel in Norditalien, Spanien oder in New York passierte. Um das zu erfassen, ist mehr zu recherchieren, als es in der normalen Epidemiologie gelehrt wird. In Baltimore, an der jetzt leider institutionell korrumpierten Johns Hopkins University, habe ich früher eine intensive epidemiologische Weiterbildung absolviert, die mir sehr viel methodisches Wissen vermittelt hat. Dort gab es auch einen Zweig, der sich „Medical Detectives" nannte.

Hier konnte man aus der Geschichte und anhand von zahlreichen gut erforschten Fällen lernen, wie gesundheitliche Folgen zum Beispiel auch durch Brunnen- oder Lebensmittelvergiftungen entstehen können und welche Tricks es schwer machen, natürliche von menschengemachten oder gar kriminellen Ursachen zu unterscheiden. Bei den Medical Detectives — jeder kennt es aus Kriminalromanen — gibt es Täter und Opfer, Motive und Tatwaffen, Alibis und Auftraggeber.

Eine Seuche — selbst eine von der WHO ausgerufene — kann ein „Fake" sein. Bei der Vogel- und bei der Schweinegrippe habe ich die skrupellosen und korrupten Machenschaften einer Pharma- und Impfstoffindustrie erleben und untersuchen können. Es wurden immer wieder Gesundheitsängste erzeugt, um mit gefährlichen Produkten Milliarden öffentlicher Gelder in private Taschen abzuzweigen.

Deshalb darf auch bei Covid-19 gefragt werden: Steckt möglicherweise auch dieses Mal etwas anderes hinter der fortgesetzten Beunruhigung der Öffentlichkeit? Cui bono? Wer profitiert von der Angst?

Virologen erneut als Angstmacher

Die Angstmacher sind neben der WHO auch diesmal wieder einige mir bereits aus der Vergangenheit bekannte Virologen. Meist haben diese — und das ist an medizinischen Instituten heute leider überall schon „neue Normalität" — enge Kooperationen mit der Pharmaindustrie oder anderen Investoren geknüpft.

Zum Professor wird man heute leichter, wenn man bei der Beschaffung von Drittmitteln Geschick bewiesen hat. Die Wissenschaft hat sich daran gewöhnt „fremdzugehen", und die Hochschulen erleichtern dies durch intransparente Ausgründungen, Public-Private-Partnerships oder Kooperationen mit angeblich wohltätigen Stiftungen.

Die Virologie der Berliner Charité wird in Sachen Covid-19 zum Beispiel von der Bill und Melinda Gates Stiftung gefördert. Ein Mitautor des PCR-Tests von Drosten et al. ist der Geschäftsführer des Biotech Unternehmens TIB Molbiol, welches jetzt zunehmend Tests produziert und millionenschwer vermarktet. Doch das sind detektivische Nebenbefunde, die bei weitem nicht erklären, was diese Welt gerade auf den Kopf stellt.

Dass die Infektionsgefahr in Deutschland und den Nachbarländern vorüber ist, kann bereits jetzt die Mehrheit der Experten nicht mehr leugnen, ohne sich für den Rest ihrer Karriere zu blamieren. Und trotzdem sind da Menschen in den Regierungen, den Ämtern und in der Wissenschaft, die uns mit der Angst einsperren und weiter gängeln wollen.

Mein Ärger über diese medizinisch nicht nachvollziehbare Panikmache und über viele seuchenhygienisch unsinnige Ermächtigungen und freiheitsentziehende Disziplinierungen ist auch von der Neugierde eines „Medical Detective“ begleitet, der sich Gedanken über mögliche verdeckte Motive macht. Dennoch will ich mich hier nicht mit den politischen oder wirtschaftlichen Hintergründen beschäftigen. Dafür wird die Zeit wohl noch kommen und das ist auch nicht mein Fachgebiet.

Kommt eine „zweite Welle“?

Die Frage, die ich mir stelle, lautet: Wie konnte es gelingen, bei einem offensichtlich relativ harmlosen Erreger derartige Horrorszenarien zu erzeugen, mit denen Kritiker mühelos aus dem Weg geräumt werden konnten und mit denen die Angst in der Bevölkerung über die Medien immer wieder neue Nahrung erhielt?

Außerdem möchte ich wissen, aufgrund welcher wissenschaftlichen Befunde die Kanzlerin, ihr Gesundheitsminister, ihr Hof-Virologe und andere weiterhin ankündigen: Die zweite Welle kommt erst noch. Es wird noch viele Monate dauern. Wir dürfen nicht in Urlaub fahren. Wir müssen uns in Zukunft auf Heimarbeit einstellen.

Wir müssen alle getestet, getrackt und mit einem noch schnell zu erprobenden Mittel geimpft werden. Das steht zwar alles schon im Drehbuch mit dem Titel „The first modern pandemic“, welches Bill Gates am 23. April veröffentlichte, wird aber auch dort nicht medizinisch nachvollziehbar belegt.

Ein Hinweis aus New York

Am 31. März bekam ich einen wichtigen Hinweis: Der New Yorker Intensivmediziner Dr. Cameron Kyle-Sidell hatte seine Kollegen mit einer erstaunlichen Beobachtung alarmiert. Er berichtete:

„Was ich erlebt habe, das waren keine Covid-19-Patienten. Sie hatten nicht die Zeichen einer Lungenentzündung, sondern sahen aus wie Passagiere eines Flugzeugs, das in großer Höhe plötzlich Druck verliert.“

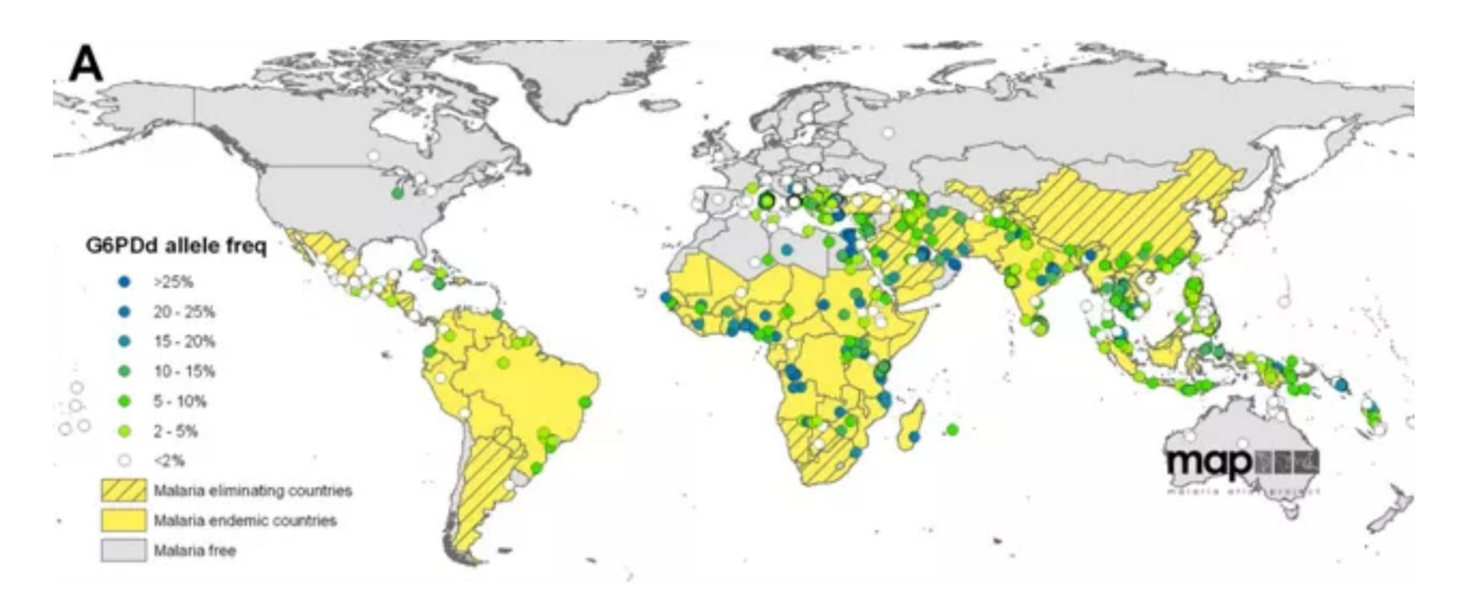
Es musste sich demnach um eine Störung des Sauerstofftransportes im Blut handeln. Ich recherchierte und hakte die verschiedenen bekannten Ursachen für solche Symptome der Reihe nach ab, sofern sie wegen der Verläufe nicht in Frage kamen. Am wahrscheinlichsten erschien mir eine rasch verlaufende Hämolyse, eine Zerstörung von jenen Erythrozyten (roten Blutkörperchen), die in der Lunge den Sauerstoff gegen abzuatmendes CO2 eintauschen, um den Sauerstoff in alle Winkel unseres Körpers zu transportieren. Patienten haben dann das Gefühl zu ersticken, atmen sehr schnell und angestrengt.

Was man in einem solchen Fall tun muss, kennen wir, weil es uns vor jedem Start im Flugzeug demonstriert wird: Sauerstoffmasken fallen von der Decke und bringen Erlösung, bis alles

wieder in Ordnung ist. Genau das hat auch den Patienten in New York am besten geholfen. Intubieren und beatmen hingegen waren falsch und haben vielerorts Menschen umgebracht.

Der nigerianische Tote in Schweden

Mir war ein solcher Fall mit gleicher rätselhafter Symptomatik bekannt, der 2014 von schwedischen Pneumologen bei einem daran verstorbenen jungen Patienten aus Nigeria beschrieben worden war. Damals hatte man nach dem Tod einen Enzymmangel als mögliche Ursache vermutet und auch tatsächlich gefunden, der in vielen Regionen Afrikas bei 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung auftritt.
Es handelt sich um den sogenannten Glukose-6-Dehydrogenase-Mangel, oder „G6PD-Mangel", eine der häufigsten genetischen Besonderheiten, die überwiegend bei Männern zu einer bedrohlichen Hämolyse (Auflösung von roten Blutkörperchen) führen kann, wenn bestimmte Medikamente oder Chemikalien eingenommen werden. Die Verbreitung dieses Mangels zeigt die folgende Karte (Quelle und Erläuterungen dazu hier).



Diese erbliche Eigenschaft ist vor allem bei Ethnien verbreitet, die in Gebieten mit Malaria leben. Das veränderte G6PD-Gen bietet in den Tropen Vorteile. Es macht ihre Träger resistent gegenüber Malariaerregern. G6PD-Mangel ist aber auch gefährlich, wenn die Betroffenen in Kontakt mit bestimmten Stoffen kommen, die sich zum Beispiel in Ackerbohnen, Johannisbeeren, Erbsen und einer Reihe von Medikamenten finden.

Hierzu gehören unter anderem Acetylsalicylsäure, Metamizol, Sulfonamide, Vitamin K, Naphthalin, Anilin, Malariamittel und Nitrofurane. Der G6PD-Mangel führt dann dazu, dass die biochemischen Prozesse in den roten Blutkörperchen gestört werden und — dosisabhängig — eine leichte bis lebensbedrohliche Hämolyse ausgelöst wird. Die Trümmer der zerplatzten Erythrozyten führen in der Folge zu Mikroembolien, durch welche überall in den Organen kleine Gefäße verstopfen. Was bei dem jungen Mann aus Nigeria die Krankheit und den Tod verursacht hatte, blieb damals unklar.

Eine erschreckende Entdeckung

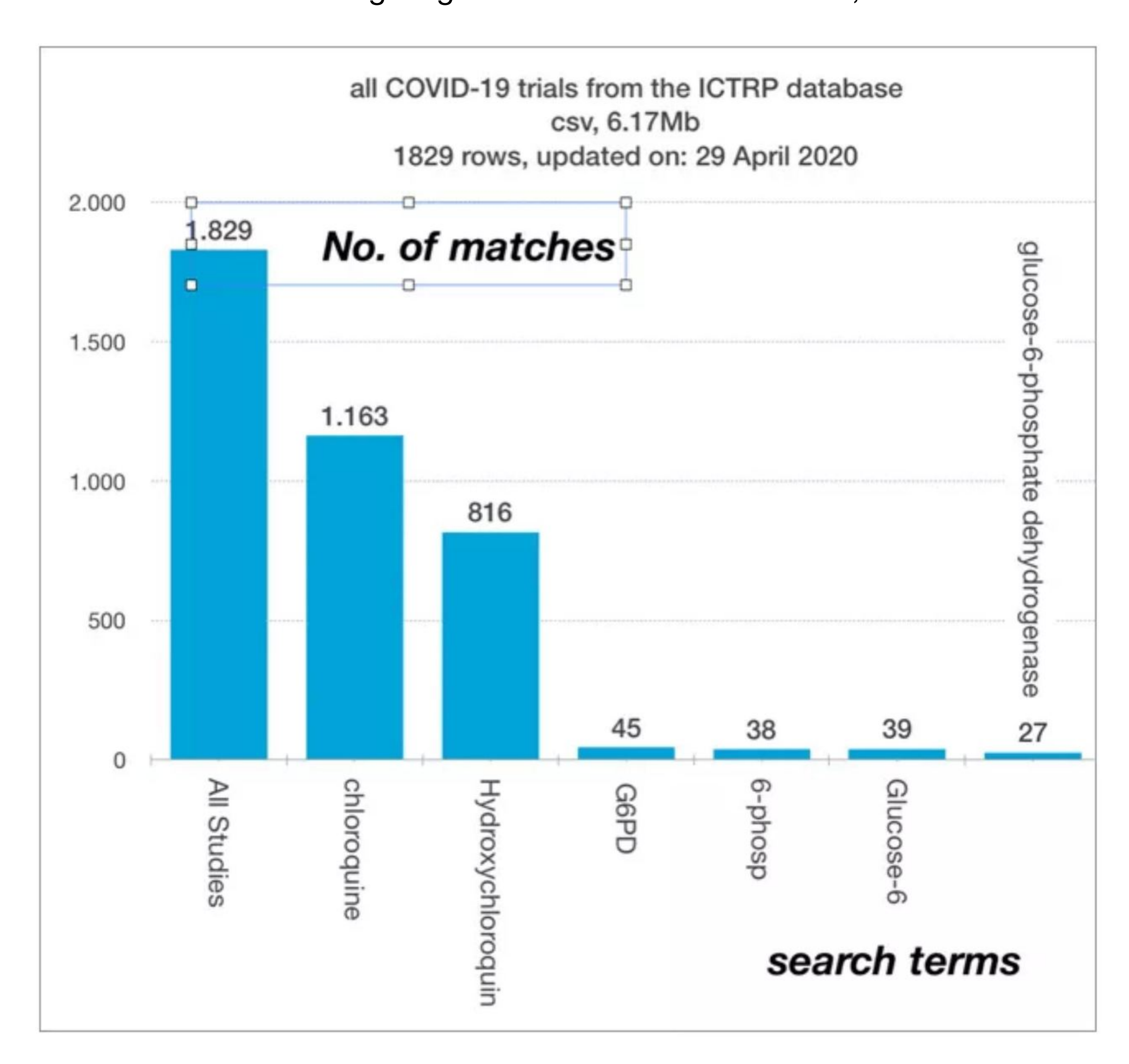
Ich habe mir die Medikamente, die eine schwere Hämolyse bei G6PD-Mangel auslösen können, angesehen und einen großen Schreck bekommen. Eine der Substanzen, die bei allen

Formen dieses Enzymmangels als sehr gefährlich genannt wird, ist das Anti-Malariamittel Hydroxychloroquin (HCQ).

Das ist aber gerade die Substanz, die schon seit 2003 von chinesischen Forschern in Wuhan gegen SARS empfohlen wurde. Von Wuhan aus kam HCQ mit dem Virus jetzt als eine der therapeutischen Möglichkeiten wieder zu uns und wurde als solche auch angenommen. Gleichzeitig wurde HCQ mit Unterstützung von WHO und anderen Agenturen als vielversprechendes Mittel gegen Covid-19 für weitere klinische Studien empfohlen.

Laut Berichten soll in Kamerun, Nigeria und weiteren afrikanischen Ländern die Produktion dieses Medikamentes gesteigert werden. Indien ist der größte Produzent von HCQ und exportiert dieses in 55 Länder. Werner Baumann, der Vorstandsvorsitzender der Bayer AG teilte Anfang April mit, dass „verschiedene Untersuchungen in Laboren und Kliniken" erste Hinweise darauf geliefert hätten, dass Chloroquin zur Behandlung von Corona-Patienten geeignet sein könnte. Die Firma stellte daraufhin einige Millionen Tabletten zur Verfügung.

Weltweit gibt es inzwischen Hunderte von Studien unterschiedlicher Sponsoren, die geplant sind oder bereits laufen, bei denen HCQ allein oder gemeinsam mit weiteren Medikamenten eingesetzt wird. Als ich bei einigen großen Studien nachschaute, ob Patienten mit G6PD-



Mangel ausgeschlossen werden, fand ich in den meisten Studienplänen keinen Hinweis darauf.

In den USA etwa wird eine große multizentrische Studie mit 4.000 Probanden aus gesundem medizinischem Personal vorbereitet.

Hier wird jedoch nur allgemein von „Überempfindlichkeit" gesprochen, wie man es in Bezug auf allergische Reaktionen ja bei allen Medikamenten findet. Auch in einer Chloroquin/ Hydroxychloroquin-Studie der Oxford University (NCT04303507) mit geplanten 40.000 Teilnehmern findet das Risiko bei G6PD-Mangel keine Erwähnung. In einer weiteren großen Studie des Pentagons allerdings gibt es die explizite Warnung, G6PD-Mangel-Patienten aus der Untersuchung auszuschließen.

Die folgende Grafik, die auf Informationen aus der WHO-Datenbank basiert, zeigt, wie viele Studien zu Covid-19 und HCQ initiiert wurden — und wie wenige davon den Enzymmangel berücksichtigen.

Erwähnt werden meistens nur die kardialen Komplikationen von Chloroquin oder Hydroxychloroquin, die in Brasilien zum Abbruch einer Studie mit 11 Todesopfern von 81 Probanden geführt hatte. Es sieht aber so aus, als ob weltweit dieser weiteren schweren Nebenwirkung wenig Beachtung geschenkt wird. Hinzu kommt, dass wegen fehlender Alternativen schon seit Beginn des Jahres in vielen Ländern HCQ im Rahmen eines sogenannten „Compassionate Use" („mitfühlender Gebrauch") geduldet und massiv angewendet wird. Mit „Compassionate Use" wird in der Medizin der Einsatz noch nicht zugelassener Medikamente in Notlagen bezeichnet.

Auffällige Häufungen

Während dieser Recherchen trafen immer mehr Ergebnisse über genauere Auswertungen der Todesfälle in besonders betroffenen Städten ein. In New York und anderen Städten der USA wurde gemeldet, dass weit überwiegend „African Americans" unter den Todesopfern waren — doppelt so viele, wie aufgrund des Bevölkerungsanteils zu erwarten wären.

Auch aus England, wo die Mortalitätsdaten von Euromomo seit Anfang April eine steigende Todesrate anzeigen, kam die Meldung, dass von etwa 2.000 schwerer Erkrankten 35 Prozent, also doppelt so viel wie zu erwarten, aus ethnischen „Minoritäten" stammten („black, Asian or other ethnic minority"), darunter auch Ärzte und medizinisches Personal.

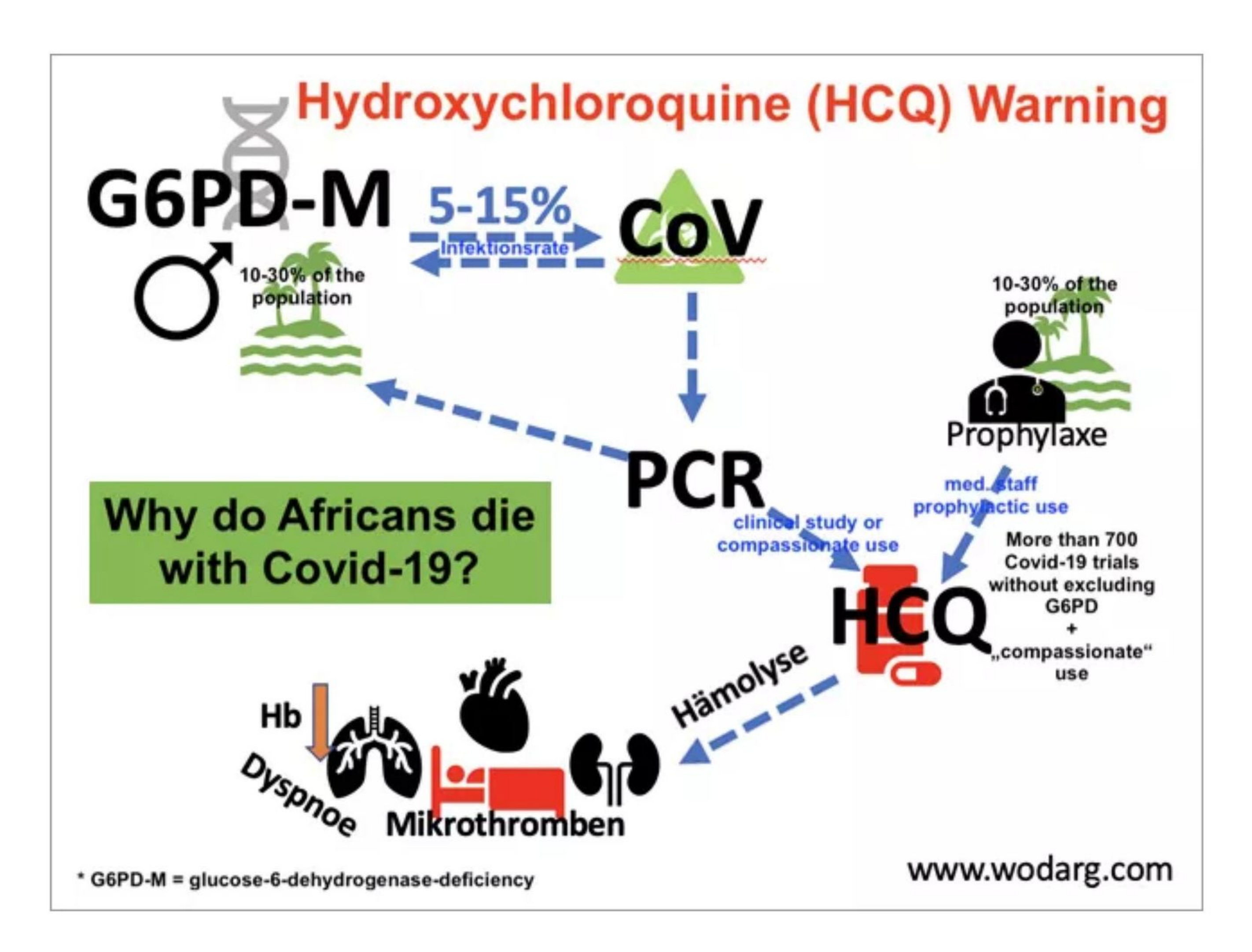
Ein großes Ärztesterben in Italien bleibt dringend abklärungsbedürftig. Der Tod von etwa 150 Ärzten und nur wenigen Ärztinnen wird mit Covid-19 in Verbindung gebracht. Wenn auch bei vielen dieser Fälle das Alter eine Rolle gespielt haben kann, muss beachtet werden, dass auch für einige Regionen Italiens eine hohe Prävalenz des G6PD-Mangels beschrieben wird und dass in Italien bei bis zu 71 Prozent der mit PCR positiv Getesteten, sowie auch beim Personal, prophylaktisch sehr viel HCQ eingesetzt worden ist. Ähnliches gilt für Spanien. Unter den 15 ersten Covid-19-Toten in Schweden befanden sich 6 jüngere Migranten aus Somalia.

Tödliche Kombination

Somit lautet das erschreckende Ergebnis meiner Recherchen: Typische schwere Verläufe mit Hämolyse, Mikrothromben und Atemnot ohne typische Pneumonie-Zeichen treten dort vermehrt auf, wo zwei Faktoren zusammenkommen:

- Viele Patienten mit Vorfahren aus Malaria-Ländern mit G6PD-Mangel
- Prophylaktische oder therapeutische Anwendung von hochdosiertem HCQ

Genau das ist in Afrika zu erwarten und genau das ist bereits überall dort der Fall, wo es durch Migration einen großen Bevölkerungsanteil aus Malaria-Ländern gibt. Die folgende Grafik zeigt schematisch den Ablauf.



Städte wie New York, Chicago, New Orleans, London, oder auch Großstädte in Holland, Belgien, Spanien und Frankreich sind solche Zentren. Wenn in diesen Brennpunkten der Migration der Test breite Anwendung findet und erwartungsgemäß bei etwa 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung positiv ausfällt, so werden auch viele Menschen aus den G6PD-Ländern darunter sein.

Wenn diese dann, wie geplant, prophylaktisch oder im Rahmen eines „mitfühlenden" Gebrauchs mit hochdosiertem HCQ behandelt werden, dann werden jene schweren Krankheitsbilder auch bei jungen Menschen hervorgerufen, wie wir sie von der Sensationspresse präsentiert bekommen haben, und die unsere Angst vor Covid-19 weiter wach halten.

Wie oft diese tödliche Kombination schon zu Opfern geführt hat, ist unbekannt. Es gibt bei den Verantwortlichen in der WHO und in den Regierungen bisher keine Diskussion des Themas. Auch unter Medizinern, welche die Verantwortung für die Behandlung von Covid-19 Patienten oder für das sie behandelnde Personal haben, fehlt das Wissen und das Verantwortungsbewusstsein in erschreckendem Maße.

Nochmals: Dieser Zusammenhang gilt nicht nur für Afrika, sondern auch für große Teile Asiens, Süd-und Mittelamerikas, Arabiens und den Mittelmeerraum.

Dabei haben die genannten Fälle mit einer Covid-19-Erkrankung gar nichts zu tun. Es reicht ein PCR-Testergebnis aus, welches zur prophylaktischen Verordnung von HCQ führt, um bei bis zu einem Drittel der so behandelten Menschen aus Risiko-Populationen schwere Krankheitsbilder hervorzurufen.

HCQ-Behandlung bei G6PD-Mangel ist ein gefährlicher Kunstfehler

Das ließe sich sofort abstellen, wenn alle behandelnden Ärzte weltweit über die Kontraindikation von HCQ aufgeklärt würden. Diese Aufklärung wird jedoch von der WHO, vom CDC, vom ECDC, von den chinesischen SARS-Spezialisten, von den Ärztekammern, von den Arzneimittelbehörden und von der Bundesregierung und ihren Beratern sträflich unterlassen. Das erscheint angesichts der laufenden Programme grob fahrlässig.

Es ist ein Kunstfehler, Menschen mit G6PD-Mangel mit hochdosierten Chloroquinderivaten oder anderen für sie bekanntermaßen gefährlichen Medikamenten zu behandeln. Unter dem WHO-Label **"'Solidarity' clinical trial for COVID-19 treatments"** werden gesunde Menschen in überstürzter Eile genehmigten, lebensgefährlichen Experimenten ausgesetzt. Hunderte von klinischen Studien, meist wertlose Beobachtungsstudien mit parallelen Ansätzen laufen sehr oft auch mit HCQ als einer der Alternativen.

Die deutsche Arzneimittelgesetzgebung verbietet die Nutzung nicht zugelassener Medikamente, doch die Regierung fördert dies dennoch. Ein nicht validierter und nicht für diagnostische Zwecke zugelassener Test bietet den Vorwand für die Anwendung lebensgefährlicher Medikation — und das alles bei einer Infektionskrankheit, bei der es weiterhin keine Hinweise gibt, dass sie über das Risiko der alljährlichen Grippe gravierend hinausgehende Gefahren mit sich bringt.

Mit Vollgas in die Katastrophe

Die Gefahren dieser Epidemie werden mit Hilfe wissenschaftlicher Hochstapelei dargestellt. Ein ungeeigneter Test aus Berlin liefert den Vorwand für tödliche Maßnahmen in aller Welt. Die Folgen dieser Fehlleistungen führen in vielen Regionen zu Notfällen, die einer Seuche zugeschrieben werden. Dadurch entsteht eben jene Welle der Angst, auf der nun so viele aus Wirtschaft und Politik reiten und die unsere Grundrechte unter sich zu begraben droht.

Öffentlichkeit, Medien und Fachwelt scheinen sich kaum zu wundern, dass in New York und anderen Zentren mehr als doppelt so viele „African Americans“ sterben, wie wegen ihres Bevölkerungsanteils zu erwarten wäre. Auch in den Untersuchungen der Todesfälle in den USA und anderswo werden die durch G6PD-Mangel bestehenden Risiken nahezu immer ausgeblendet oder vergessen.

Wenn gefragte Virologen und andere Fachleute seit längerem ankündigen, dass es in Afrika eine Welle von Toten und schreckliche Zustände in den Städten geben wird, wissen sie dann um diese Zusammenhänge? Oder gibt es andere belegbare Gründe, die solche folgenreichen Prophezeiungen rechtfertigen? Schließlich: Sind das alles nur Themen für die Wissenschaft oder auch für Staatsanwaltschaften und Gerichte?

498/A XXVII. GP

Eingebracht am 28.04.2020
Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

Antrag

gem. § 75 Abs. 1 GOG-NR

der Abgeordneten KO Herbert Kickl, Dr. Susanne Fürst
und weiterer Abgeordneter
betreffend Ministeranklage gemäß Art. 142 Abs. 2 lit. b wider den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Rudolf Anschober

Das österreichische Parlament hat im Zuge der Eindämmung von COVID-19 gezeigt, dass sich die österreichischen Bürger auf die Gesetzgebung verlassen können, wenn es schwere Entscheidungen zu treffen gilt. Über alle Fraktionen hinweg wurde das Verbindende vor das Trennende gestellt, um reflektierte Entscheidungen zum Wohle der Gesundheit der Österreicherinnen und Österreicher zu treffen.

Ohne die gelebte parlamentarische Kontrolle, die regelmäßig durch Sammelgesetze mit unzusammenhängenden Materien und kurzer Begutachtungszeit erschwert wurde, wäre die Anzahl an fehlerhaften Rechtsnormen wohl exponentiell angestiegen.
Dabei wurden jedoch von der Regierung konstruktive Beiträge der Abgeordneten zum Nationalrat zum Gesundheitsschutz, zur Abwicklung des Härtefallfonds, aber auch mahnende Worte zur Wahrung der Rechtsstaatlichkeit ignoriert.

Wenn aber Regierende eine nationale Kooperation unter Verzicht auf individuelle Rechte einfordern, braucht es auch eine laufende Debatte über die Sinnhaftigkeit, zeitliche Angemessenheit und Grundrechtskonformität entsprechender Maßnahmen. Das Ausrufen einer scheinbaren Alternativlosigkeit seitens der Regierung und die

Ablehnung begleitender Kontrollmaßnahmen wurde daher zu Recht von einer Vielzahl an Experten öffentlich kritisiert.
Die von der Bundesregierung gesetzten Maßnahmen greifen in sämtliche Lebensbereiche ein und berühren eine Vielzahl unserer verfassungsrechtlich gewährleisteten Grundrechte. Umso mehr braucht es juristische Klarheit über potentiell verfassungswidriges Handeln des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Rudolf Anschober, der seine Amtstätigkeit nicht nur besonders sorglos, sondern auch schuldhaft und rechtswidrig ausgeführt hat.

Hervorzuheben sind dabei insbesondere freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die aus der verfassungsrechtlich geschützten Normalität eine „neue Normalität" gemacht haben und dafür die Angst der Bürgerinnen und Bürger instrumentalisiert haben:

- **Rechtswidrige Verordnung**: Bundesminister Anschober hat entgegen des Gesetzestextes ein „generelles Vertretungsverbot" für den gesamten öffentlichen Raum verordnet, obwohl aufgrund des COVID-19-Maßnahmengesetz nur das Betreten einzelner abgegrenzter Orte hätte untersagt werden dürfen. Die Österreicherinnen und Österreicher wurden somit von Bundesminister Anschober rechtswidrig und ohne gesetzliche Grundlage in ihrer Freiheit eingeschränkt.

Rudolf Anschober hat sohin als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch das in § 1 der 98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes vom 15.03.2020, verlautbart durch BGBl. II Nr. 98/2020, normierte generelle Verbot des Betretens öffentlicher Orte, den durch die einfachgesetzliche Ermächtigung des § 2 des Bundesgesetzes betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz), verlautbart durch BGBl. I Nr. 12/2020, eingeräumten Rahmen in rechtswidriger Weise schuldhaft überschritten.

- **Rechtswidriger Erlass**: Der von sämtlichen Experten kritisierte sogenannte „Oster-Erlass" sollte private Zusammenkünfte von mehr als fünf Personen in

einem Raum verbieten und zudem Begräbnisse und Hochzeiten einschränken, obwohl sich Erlässe ausschließlich nachgeordnete Verwaltungsorgane richten und nicht wie Gesetze oder Verordnungen unmittelbar an die Bürgerinnen und Bürger. Doch auch Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden wurden über die mit dem Erlass ergangene Anordnung getäuscht – es fehlte abermals die rechtliche Grundlage.

Rudolf Anschober hat sohin als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch den Erlass, § 15 Epidemiegesetz 1950, Verbot von Zusammenkünften GZ 2020-0.201.688 vom 01.04.2020, den Landeshauptleuten und den Bezirksverwaltungsbehörden eine nicht durch gesetzliche Ermächtigung gedeckte Anordnung erteilt und diese dadurch anzuleiten versucht, verfassungsrechtlich gewährleistete Rechte unrechtmäßig einzuschränken.

Auf Grund der vorliegenden Rechtsverletzung stellen die unterfertigten Abgeordneten den folgenden

Antrag

Der Nationalrat wolle beschließen:

„Der Nationalrat erhebt gegen Bundesminister Rudolf Anschober Anklage gemäß Art. 142 B-VG und legt ihm folgendes zur Last:

Es hat Bundesminister Rudolf Anschober

1. durch das in § 1 der 98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes vom 15.03.2020, verlautbart durch BGBl. II Nr. 98/2020, normierte generelle Verbot des Betretens öffentlicher Orte den durch die einfachgesetzliche Ermächtigung des § 2 des Bundesgesetzes betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz), verlautbart durch BGBl. I Nr. 12/2020,

eingeräumten Rahmen in rechtswidriger Weise schuldhaft überschritten und eine gesetzeswidrige Verordnung erlassen;

2. durch den Erlass, § 15 Epidemiegesetz 1950, Verbot von Zusammenkünften GZ 2020-0.201.688 vom 01.04.2020, den Landeshauptleuten und den Bezirksverwaltungsbehörden eine nicht durch gesetzliche Ermächtigung gedeckte Anordnung erteilt und diese dadurch anzuleiten versucht, verfassungsrechtlich gewährleistete Rechte unrechtmäßig einzuschränken.

Bundesminister Rudolf Anschober hat dadurch eine schuldhafte Rechtsverletzung gemäß Art 142 Abs 1 B-VG begangen.

Unter Anwendung des Art 142 Abs 4 B-VG ist Bundesminister Rudolf Anschober seines Amtes als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit sofortiger Wirkung zu entheben, wobei folgender Schriftsatz beantragt wird:

„An den
Verfassungsgerichtshof
Freyung 8
1010 Wien

Ankläger:	Nationalrat Dr.-Karl-Renner-Ring 3 1017 Wien
vertreten durch	Dr. Susanne Fürst gemäß § 72 Abs 2 VfGG
Angeklagter:	Rudolf Anschober Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien

wegen: Art. 142 Abs 1 und Abs 2 lit b B-VG

ANKLAGE

gemäß Artikel 142 B-VG

2-fach
beglaubigte Abschrift des Protokolls der Sitzung des Nationalrats

Der Nationalrat erhebt gegen Bundesminister Rudolf Anschober

ANKLAGE

gemäß Art. 142 B-VG und legt ihm folgendes zur Last:

Es hat Bundesminister Rudolf Anschober

1. durch das in § 1 der *98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes* vom 15.03.2020, verlautbart durch BGBl. II Nr. 98/2020, normierte generelle Verbot des Betretens öffentlicher Orte den durch die einfachgesetzliche Ermächtigung des § 2 des *Bundesgesetzes betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz)*, verlautbart durch BGBl. I Nr. 12/2020, eingeräumten Rahmen in rechtswidriger Weise schuldhaft überschritten und eine gesetzeswidrige Verordnung erlassen;

2. durch den *Erlass, § 15 Epidemiegesetz 1950, Verbot von Zusammenkünften GZ 2020-0.201.688* vom 01.04.2020, den Landeshauptleuten und den

Bezirksverwaltungsbehörden eine nicht durch gesetzliche Ermächtigung gedeckte Anordnung erteilt und diese dadurch anzuleiten versucht, verfassungsrechtlich gewährleistete Rechte unrechtmäßig einzuschränken.

Bundesminister Rudolf Anschober hat dadurch eine schuldhafte Rechtsverletzung gemäß Art 142 Abs 1 B-VG begangen.

Unter Anwendung des Art 142 Abs 4 B-VG ist Bundesminister Rudolf Anschober seines Amtes als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit sofortiger Wirkung zu entheben.

Dem beigelegten beglaubigten Protokoll zu entnehmenden Beschluss des Nationalrates gemäß Art 76 Abs 2 B-VG wurde die Erhebung der gegenständlichen Anklage gemäß Art 142 B-VG beschlossen und der umseits ausgewiesene Vertreter gemäß § 72 Abs 2 VfGG bestellt.

Es werden sohin folgende

ANTRÄGE

gestellt:

Der Verfassungsgerichtshof möge

1. gemäß §§ 19 und 75ff VfGG, nach Abschluss der Voruntersuchung gem. § 74 VfGG, eine mündliche Verhandlung anordnen und

2. gemäß Art 142 Abs 1 iVm Art 142 Abs 4 B-VG feststellen,

   dass Rudolf Anschober als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch das in § 1 der *98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes* vom 15.03.2020, verlautbart durch BGBl. II Nr. 98/2020, normierte generelle Verbot des Betretens öffentlicher Orte, den durch die einfachgesetzliche Ermächtigung des § 2 des *Bundesgesetzes betreffend vorläufige*

Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz), verlautbart durch BGBl. I Nr. 12/2020, eingeräumten Rahmen in rechtswidriger Weise schuldhaft überschritten hat,

sowie

dass Rudolf Anschober durch den *Erlass, § 15 Epidemiegesetz 1950, Verbot von Zusammenkünften GZ 2020-0.201.688* vom 01.04.2020, den Landeshauptleuten und den Bezirksverwaltungsbehörden eine nicht durch gesetzliche Ermächtigung gedeckte Anordnung erteilte und diese dadurch anzuleiten versuchte, verfassungsrechtlich gewährleistete Rechte unrechtmäßig einzuschränken;

3. Rudolf Anschober daher gemäß Art 142 Abs 4 B-VG seines Amtes als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit sofortiger Wirkung entheben.

Begründung:

A. <u>Sachverhalt</u>

a. <u>98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes</u>

1. Mit Bundesgesetzblatt 12/2020 vom 15.03.2020 wurde das *Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Errichtung des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds (COVID-19-FondsG) und ein Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz) erlassen sowie das Gesetzliche Budgetprovisorium 2020, das Bundesfinanzrahmengesetz 2019 bis 2022, das Bundesgesetz über die Einrichtung einer Abbaubeteiligungsaktiengesellschaft des Bundes, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz und das Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz geändert werden (COVID-19 Gesetz),* verlautbart.

2. Mit Artikel 8 des COVID-19 Gesetzes wurde das *Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz)* erlassen.

3. Das COVID-19-Maßnahmengesetz sieht in § 2 eine Ermächtigung zum Erlass von Verordnungen vor, durch die das Betreten von bestimmten Orten untersagt werden kann. Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wurde zur Erlassung von Verordnungen, sofern sich deren Anwendung auf das ganze Bundesgebiet bezieht, ermächtigt.

4. Der Angeklagte erließ darauf am selben Tag die *98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes* vom 15.03.2020, verlautbart durch BGBl. II Nr. 98/2020.

5. In § 1 dieser Verordnung wurde für das gesamte Bundesgebiet das Betreten öffentlicher Orte generell verboten („*Zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 ist das Betreten öffentlicher Orte verboten*.“).

b. Erlass, § 15 Epidemiegesetz 1950, Verbot von Zusammenkünften GZ 2020-0.201.688 vom 01.04.2020

1. Am 01.04.2020 verlautbarte der Angeklagte einen Erlass zu GZ 2020-0.201.688. In diesem erteilte der Angeklagte die ausdrückliche Anordnung an die Landeshauptleute, dass die Bezirksverwaltungsbehörden sämtliche Zusammenkünfte in einem geschlossenen Raum, an denen mehr als fünf Personen teilnehmen, die nicht im selben Haushalt leben, ab Erhalt dieses Erlasses bis auf Weiteres zu untersagen haben. Begräbnisse dürfen nur im engsten Familienkreis mit einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen stattfinden; die Teilnahme an Hochzeiten ist auf 5 Personen limitiert.

2. Aufgrund dieses Erlasses erließ zumindest eine Bezirksverwaltungsbehörde, die Bezirkshauptmannschaft Vöcklabruck, am 04.04.2020 eine Verordnung, mit der diese den Erlass des Angeklagten umsetzte.

B. Rechtliche Beurteilung

1. Gemäß Art 142 Abs 1 B-VG erkennt der Verfassungsgerichtshof über die Anklage, mit der die Verantwortlichkeit der obersten Bundes- und Landesorgane für die durch ihre Amtstätigkeit erfolgten schuldhaften Rechtsverletzungen geltend gemacht wird.

   Gemäß Art 142 Abs 2 lit b B-VG kann Anklage gegen die Mitglieder der Bundesregierung durch Beschluss des Nationalrates erhoben werden.

   Gemäß Art 142 Abs 4 B-VG hat das verurteilende Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes auch den Amtsverlust auszusprechen.

2. Die Zuständigkeitsbereiche der obersten Staatsorgane sind in der Bundesverfassung erschöpfend geregelt (VfSlg 1454). Bezüglich der Bundesregierung trifft Art 69 Abs 1 B-VG die Anordnung, dass mit den obersten Verwaltungsgeschäften des Bundes, soweit diese nicht dem Bundespräsidenten übertragen sind, der Bundeskanzler, der Vizekanzler und die übrigen Bundesminister betraut sind. Der den Mitgliedern der Bundesregierung übertragene Wirkungsbereich umfasst somit ausschließlich Akte der staatlichen Verwaltung. Unter dem Begriff "Amtstätigkeit" der Mitglieder der Bundesregierung kann daher nur die Besorgung der Geschäfte der obersten Bundesverwaltung verstanden werden.

   Zum Begriff der Geschäfte der obersten Bundesverwaltung, die durch die Mitglieder der Bundesregierung zu besorgen sind, ergibt sich aus § 2 Abs 3 Bundesministeriengesetz 1986, dass darunter Regierungsakte, Angelegenheiten der behördlichen Verwaltung oder der Verwaltung des Bundes als Träger von Privatrechten zu verstehen sind. Demnach zählen zu den Geschäften der obersten Bundesverwaltung sämtliche nicht der Gerichtsbarkeit zuzuzählende Vollzugsakte, die durch die Bundesverfassung oder durch die einfache Gesetzgebung nicht anderen Organen, seien es oberste oder nachgeordnete, zur Besorgung zugewiesen sind.

3. Voraussetzung einer Anklage vor dem Verfassungsgerichtshof ist ferner eine schuldhafte Rechtsverletzung durch den betreffenden Organwalter. Damit wird jede Form der Schuld, also Vorsatz, grobe und auch leichte Fahrlässigkeit, erfasst. Bei Mitgliedern der Bundesregierung und diesen gleichgestellten Organwaltern muss es sich um Gesetzesverletzungen handeln, die der betreffende Organwalter durch seine Amtstätigkeit begangen hat.

a. Zur rechtswidrigen Verordnung

1. Die Erlassung einer Verordnung ist eine Amtstätigkeit im Sinne des Art 142 Abs 1 B-VG.

2. Kern der rechtsstaatlichen Komponente der verfassungsrechtlichen Grundordnung ist das Legalitätsprinzip. Es besagt in der Formulierung des Art 18 Abs 1 B-VG, dass die gesamte staatliche Verwaltung nur auf Grund der Gesetze ausgeübt werden darf. Ausnahmen vom Legalitätsprinzip bedürfen einer expliziten verfassungsrechtlichen Regelung.

   Art 18 Abs 2 B-VG normiert ausdrücklich, dass jede Verwaltungsbehörde im Rahmen ihrer (gesetzlich geregelten) Zuständigkeit Verordnungen erlassen kann, dies jedoch nur auf Grund der Gesetze.

3. Mit dem COVID-19-Maßnahmengesetz wurde der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ermächtigt, Verordnungen zu erlassen, mit denen er das Betreten von bestimmten Orten untersagen kann, wenn sich ihre Anwendung auf das gesamte Bundesgebiet erstreckt.

   Die Ermächtigung ist klar dahingehend zu verstehen und vom Gesetzgeber gewollt, dass der Bundesminister nur über bestimmte - somit klar zu definierende Orte - ein Betretungsverbot verhängen kann. Durch das Gesetz ist nicht gedeckt, dass der Bundesminister ein generelles Betretungsverbot für den gesamten öffentlichen (sohin nicht privaten) Raum verhängen kann. Dies kann auch nicht dadurch umgangen werden, dass einzelne, klar definierte Bereiche von diesem Verbot ausgenommen sind.

4. Dennoch hat der Angeklagte mit der *98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes* vom 15.03.2020 ein generelles Betretungsverbot öffentlicher Orte ausgesprochen.

b. Der Angeklagte hat durch Erlassung der genannten Verordnung schuldhaft gegen die ihm in § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes eingeräumte Verordnungsermächtigung verstoßen. Dadurch hat der Angeklagte auch das Legalitätsprinzip gemäß Art 18 B-VG gröblich missachtet und gegen tragende verfassungsrechtliche Grundsätze verstoßen.

Zum rechtswidrigen Erlass

1. Bei einem Erlass handelt es sich grundsätzlich um eine generelle Anordnung einer Verwaltungsbehörde, deren Adressat ausschließlich nachgeordnete Verwaltungsorgane sind. Ein solcher Erlass ist dann als Verordnung zu qualifizieren, wenn er weiters eine imperative Formulierung aufweist (VfSlg. 14.154/1995, 18.495/2008).

2. Mit dem gegenständlichen Erlass erteilt der Angeklagte als Bundesminister und somit oberste Behörde den Landeshauptleuten und Bezirksverwaltungsbehörden, sohin nachgeordneten Verwaltungsorganen, eine im Imperativ formulierte Anordnung (Weisung). Es liegt demnach eine Verwaltungsverordnung vor (VfSlg. 13.635/1993).

3. Es handelt sich somit auch hierbei um ein Amtsgeschäft im Sinne des Art 142 Abs 1 B-VG.

4. Die mit dem Erlass ergangene Anordnung an die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden ist nicht gesetzlich gedeckt.

5. Sie stellt außerdem einen unzulässigen Aufruf zu unverhältnismäßigen Eingriffen in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens gemäß Art 8 EMRK dar.

6. Auch durch diesen Erlass und die damit verbundene Anordnung an die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden hat der Angeklagte schuldhaft gegen das Legalitätsprinzip gemäß Art 18 B-VG verstoßen, indem er eine gesetzwidrige Anordnung durch Erlass erteilt hat.

7. Weiters hat der Angeklagte die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden mit dem Erlass zur unrechtmäßigen Verletzung verfassungsrechtlich gewährleisteter Rechte anzuleiten versucht.

c. Zum Verschulden

1. Der Angeklagte handelte bei den durch seine Amtstätigkeit erfolgen Rechtsverletzungen ohne Zweifel schuldhaft iSd Art 142 Abs 1 B-VG.

2. Dem Angeklagten steht ein fachkundiger Beraterkreis zur Verfügung. Er kann mit dessen Hilfe die Gesetzeskonformität von Erlässen und Verordnungen prüfen lassen.

3. Der Angeklagte kann sich auch nicht auf einen Rechtsirrtum berufen. Wegen Rechtsirrtums handelt nämlich nur der nicht schuldhaft, dem der Irrtum nicht vorzuwerfen ist. Dies kann der Angeklagte aber für sich nicht ins Treffen führen. Er ist jedenfalls dazu verpflichtet, sich mit den einschlägigen Vorschriften bekannt zu machen (vgl. § 9 Abs. 2 StGB; VfGH vom 28.6.1985, E2/84).

4. Der Angeklagte hat die Verordnung aber sogar in Kraft belassen, obwohl er wiederholt durch verschiedene fachlich versiertere Personen aus dem Bereich der Lehre und Rechtsprechung, sowie durch Mitglieder des Nationalrates auf die grobe (Verfassungs-)Rechtswidrigkeit hingewiesen wurde.

5. Dass die Verordnung in Folge (mehrfach) geändert wurde und der Erlass zurückgenommen wurde, vermag an der Verantwortung des Angeklagten nichts zu ändern. Es handelt sich um schlichte Tätigkeitsdelikte, die mit Kundmachung abgeschlossen sind.

6. Das Handeln des Angeklagten ist daher zumindest grob fahrlässig, wenn nicht sogar vorsätzlich. Der Umstand, dass diese Verordnung bzw. dieser Erlass mit allen anderen Regierungsmitgliedern akkordiert war (Spiegelung von Vorlagen) exkulpiert den fachzuständigen Minister nicht.

d. Zur Strafe

Die Sanktion der Enthebung des Amtes ist in Art 142 B-VG ausdrücklich als Folge eines Schuldspruches - somit der Feststellung der verschuldeten Rechtsverletzung - vorgesehen."

Dem beigelegten beglaubigten Protokoll zu entnehmenden Beschluss des Nationalrates gemäß Art 76 Abs 2 B-VG wurde die Erhebung der gegenständlichen

Anklage gemäß Art 142 B-VG beschlossen und der umseits ausgewiesene Vertreter gemäß § 72 Abs 2 VfGG bestellt."

In formeller Hinsicht wird die Zuweisung an den Verfassungsausschuss vorgeschlagen.

VERFASSUNGSGERICHTSHOF
G 271/2020-16, V 463-467/2020-16
1. Oktober 2020

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Der Verfassungsgerichtshof hat unter dem Vorsitz des Präsidenten
DDr. Christoph GRABENWARTER,

in Anwesenheit der Vizepräsidentin
Dr. Verena MADNER

und der Mitglieder
Dr. Markus ACHATZ,
Dr. Wolfgang BRANDSTETTER,
Dr. Sieglinde GAHLEITNER,
Dr. Andreas HAUER,
Dr. Christoph HERBST,
Dr. Michael HOLOUBEK,
Dr. Helmut HÖRTENHUBER,
Dr. Claudia KAHR,
Dr. Georg LIENBACHER,
Dr. Michael RAMI,
Dr. Johannes SCHNIZER und
Dr. Ingrid SIESS-SCHERZ

als Stimmführer, im Beisein des verfassungsrechtlichen Mitarbeiters
Dr. Martin DORR
als Schriftführer,

über den Antrag des Rechtsanwaltes *** ****** *****, ****** ****** **, **** ****** ********, das Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz), BGBl. I 12/2020, näher bezeichnete Bestimmungen bzw. Wortfolgen der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden (COVID-19-Lockerungsverordnung – COVID-19-LV), BGBl. II 197/2020, sowie der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird, BGBl. II 207/2020, und der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird (2. COVID-19-LV-Novelle), BGBl. II 231/2020, als verfassungswidrig aufzuheben (samt einem Eventualantrag) sowie festzustellen, dass die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. II 96/2020, und die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. II 98/2020, ihrem gesamten Inhalt nach verfassungswidrig waren, in seiner heutigen nichtöffentlichen Sitzung gemäß Art. 139 B-VG zu Recht erkannt:

I. 1. Die Wortfolge "und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen" in § 1 Abs. 2 der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden (COVID-19-Lockerungsverordnung – COVID-19-LV), BGBl. II Nr. 197/2020, war gesetzwidrig.

2. Die als gesetzwidrig festgestellte Wortfolge ist nicht mehr anzuwenden.

3. Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist zur unverzüglichen Kundmachung dieser Aussprüche im Bundesgesetzblatt II verpflichtet.

4. Im Übrigen wird der Antrag zurückgewiesen.

II. Der Bund (Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) ist schuldig, dem Antragsteller die mit € 894,– bestimmten Prozesskosten binnen 14 Tagen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Entscheidungsgründe

I. Antrag

Gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 3 B-VG und der Sache nach auch auf Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit. c B-VG begehrt der Antragsteller mit seinem vom 22. Mai 2020 datierten und am 10. Juni 2020 beim Verfassungsgerichtshof eingebrachten Antrag (ohne Hervorhebungen im Original), 1

"1. das hiermit (mit-) angefochtene Bundesgesetz vom 15.03.2020 betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung von COVID-19 ('COVID-19-Maßnahmegesetz'), kundgemacht in Art 8 des COVID-19 Gesetzes, BGBl. I Nr. 12/2020, seinem gesamten Inhalt nach als verfassungswidrig auf[zu]heben;

[…]

2. gemäß Art 139 Abs. 1 Z. 3 B-VG iVm Art 89 Abs. 3 B-VG aus[zu]sprechen/fest[zu]stellen, dass die die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes vom 15.03.2020, kundgemacht im BGBl. II Nr. 98/2020, ihrem gesamten Inhalt nach verfassungswidrig war;

3. gemäß Art 139 Abs. 1 Z. 3 B-VG iVm Art 89 Abs. 3 B-VG aus[zu]sprechen/fest[zu]stellen, dass die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vom 15.03.2020 betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, kundgemacht im BGBl. Nr. 96/2020, ihrem gesamten Inhalt nach verfassungswidrig war;

4. gemäß Art 139 Abs. 1 Z. 3 B-VG die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vom 30.04.2020 betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden, kundgemacht im BGBl. II Nr. 197/2020 (COVID-19-LV) mit ihren § 1 Abs. 2 und 3, § 2 Abs. 1 Z. 2, § 2 Abs. 3, § 6, § 8, § 9, § 10 als verfassungswidrig auf[zu]heben;

5. gemäß Art 139 Abs. 1 Z. 3 B-VG die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vom 13.05.2020, mit der

die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird, kundgemacht im BGBl. II Nr. 207/2020, mit ihrer Z. 1, Z. 6 (§ 6 Abs. 1 gesamt und § 6 Abs.8 mit der Wortfolge '... und in geschlossenen Räumen eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.'), Z. 11 und Z. 13 als verfassungswidrig auf[zu]heben;

6. gemäß Art 139 Abs. 1 Z. 3 B-VG die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vom 27.05.2020, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird, kundgemacht im BGBl. II Nr. 231/2020 (2 COVID-19.LV-Novelle), mit ihrer Z. 11 (§ 8 Abs. 1 mit der Wortfolge am Ende des 1. Satzes '...bis 3'), Z. 14 (§ 9 Abs. 1 mit der Wortfolge am Ende des 1. Satzes '...bis 5') und Z. 15 als verfassungswidrig auf[zu]heben".

II. Rechtslage

1. Das Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz) in der angefochtenen Stammfassung BGBl. I 12/2020 lautete: 2

"Betreten von Betriebsstätten zum Zweck des Erwerbs von Waren- und Dienstleistungen

§ 1. Beim Auftreten von COVID-19 kann der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch Verordnung das Betreten von Betriebsstätten oder nur bestimmten Betriebsstätten zum Zweck des Erwerbs von Waren und Dienstleistungen untersagen, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 erforderlich ist. In der Verordnung kann geregelt werden, in welcher Zahl und zu welcher Zeit jene Betriebsstätten betreten werden dürfen, die vom Betretungsverbot ausgenommen sind.

Betreten von bestimmten Orten

§ 2. Beim Auftreten von COVID-19 kann durch Verordnung das Betreten von bestimmten Orten untersagt werden, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 erforderlich ist. Die Verordnung ist

1. vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu erlassen, wenn sich ihre Anwendung auf das gesamte Bundesgebiet erstreckt,
2. vom Landeshauptmann zu erlassen, wenn sich ihre Anwendung auf das gesamte Landesgebiet erstreckt, oder
3. von der Bezirksverwaltungsbehörde zu erlassen, wenn sich ihre Anwendung auf den politischen Bezirk oder Teile desselben erstreckt.

Das Betretungsverbot kann sich auf bestimmte Zeiten beschränken.

Mitwirkung von Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes

§ 2a. (1) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes haben die nach diesem Bundesgesetz zuständigen Behörden und Organe über deren Ersuchen bei der

Ausübung ihrer beschriebenen Aufgaben bzw. zur Durchsetzung der vorgesehenen Maßnahmen erforderlichenfalls unter Anwendung von Zwangsmitteln zu unterstützen.
(2) Sofern nach der fachlichen Beurteilung der nach diesem Bundesgesetz zuständigen Behörden im Rahmen der nach Abs. 1 vorgesehenen Unterstützung für die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes nach der Art der übertragbaren Krankheit und deren Übertragungsmöglichkeiten eine Gefährdung verbunden ist, der nur durch besondere Schutzmaßnahmen begegnet werden kann, so sind die nach diesem Bundesgesetz zuständigen Behörden verpflichtet, adäquate Schutzmaßnahmen zu treffen.

Strafbestimmungen

§ 3. (1) Wer eine Betriebsstätte betritt, deren Betreten gemäß § 1 untersagt ist, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe von bis zu 3 600 Euro zu bestrafen.
(2) Wer als Inhaber einer Betriebsstätte nicht dafür Sorge trägt, dass die Betriebsstätte, deren Betreten gemäß § 1 untersagt ist, nicht betreten wird, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe von bis zu 30 000 Euro zu bestrafen. Wer als Inhaber einer Betriebsstätte nicht dafür Sorge trägt, dass die Betriebsstätte höchstens von der in der Verordnung genannten Zahl an Personen betreten wird, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe von bis zu 3 600 Euro zu bestrafen.
(3) Wer einen Ort betritt, dessen Betreten gemäß § 2 untersagt ist, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe von bis zu 3 600 Euro zu bestrafen.

Inkrafttreten

§ 4. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2020 außer Kraft.
(2) Hat der Bundesminister gemäß § 1 eine Verordnung erlassen, gelangen die Bestimmungen des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186/1950, betreffend die Schließung von Betriebsstätten nicht zur Anwendung.
(3) Die Bestimmungen des Epidemiegesetzes 1950 bleiben unberührt.
(4) Verordnungen auf Grund dieses Bundesgesetzes können vor seinem Inkrafttreten erlassen werden, dürfen jedoch nicht vor diesem in Kraft treten.

Vollziehung

§ 5. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betraut."

2. Gestützt auf das COVID-19-Maßnahmengesetz ergingen zunächst die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. II 96/2020 (im Folgenden: COVID-19-Maßnahmenverordnung-96), und die Verordnung des Bundes- 3

ministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. II 98/2020 (im Folgenden: COVID-19-Maßnahmenverordnung-98). Die COVID-19-Maßnahmenverordnung-96 wurde in der Folge mehrfach novelliert (BGBl. II 110/2020, BGBl. II 112/2020, BGBl. II 130/2020, BGBl. II 151/2020 und BGBl. II 162/2020) und schließlich durch § 13 Abs. 2 Z 1 COVID-19-Lockerungsverordnung (unten II.3.) mit Ablauf des 30. April 2020 aufgehoben. Die COVID-19-Maßnahmenverordnung-98 wurde in der Folge ebenfalls mehrfach novelliert (BGBl. II 107/2020, BGBl. II 108/2020, BGBl. II 148/2020 und BGBl. II 162/2020) und schließlich durch § 13 Abs. 2 Z 2 COVID-19-Lockerungsverordnung mit Ablauf des 30. April 2020 aufgehoben.

3. Die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden (COVID-19-Lockerungsverordnung – COVID-19-LV), BGBl. II 197/2020, lautet(e) (die angefochtenen Bestimmungen bzw. Wortfolgen sind hervorgehoben): 4

"Auf Grund der §§ 1 und 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. I Nr. 12/2020, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2020 und des § 15 des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186/1950, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2020 wird verordnet:

Öffentliche Orte

§ 1. (1) Beim Betreten öffentlicher Orte im Freien ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten.

(2) Beim Betreten öffentlicher Orte in geschlossenen Räumen ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

(3) Im Massenbeförderungsmittel ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Ist auf Grund der Anzahl der Fahrgäste sowie beim Ein- und Aussteigen die Einhaltung des Abstands von mindestens einem Meter nicht möglich, kann davon ausnahmsweise abgewichen werden.

Kundenbereiche

§ 2. (1) Das Betreten des Kundenbereichs von Betriebsstätten ist unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

1. Gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ist ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten.
2. Kunden haben eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.
3. Der Betreiber hat sicherzustellen, dass er und seine Mitarbeiter bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.
4. Der Betreiber hat durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich maximal so viele Kunden gleichzeitig im Kundenbereich aufhalten, dass pro Kunde 10 m^2 zur Verfügung stehen; ist der Kundenbereich kleiner als 10 m^2, so darf jeweils nur ein Kunde die Betriebsstätte betreten. Bei Betriebsstätten ohne Personal ist auf geeignete Weise auf diese Voraussetzung hinzuweisen.
5. Für baulich verbundene Betriebsstätten (z. B. Einkaufszentren, Markthallen) gilt Z 4 mit der Maßgabe, dass die Flächen der Kundenbereiche der Betriebsstätten und des Verbindungsbauwerks zusammenzuzählen sind und dass sich sowohl auf der so ermittelten Fläche als auch im Kundenbereich der jeweiligen Betriebsstätten maximal so viele Kunden gleichzeitig aufhalten dürfen, dass pro Kunde 10 m^2 der so ermittelten Fläche bzw. des Kundenbereichs der Betriebsstätte zur Verfügung stehen.

(2) Kann auf Grund der Eigenart der Dienstleistung
1. der Mindestabstand von einem Meter zwischen Kunden und Dienstleister und/oder
2. vom Kunden das Tragen von einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht eingehalten werden,

ist diese nur zulässig, wenn durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(3) Abs. 1 ist sinngemäß auf Einrichtungen zur Religionsausübung anzuwenden.
(4) Abs. 1 Z 1 bis 3 ist sinngemäß auf Märkte im Freien anzuwenden.
(5) Beim Betreten von Pflegeheimen, Krankenanstalten und Kuranstalten sowie beim Betreten von Orten, an denen Gesundheits- und Pflegedienstleistungen erbracht werden, hat der Betreiber bzw. Dienstleistungserbringer durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren.

Ort der beruflichen Tätigkeit

§ 3. (1) Am Ort der beruflichen Tätigkeit ist zwischen den Personen ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten, sofern nicht durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(2) Die Verpflichtung zum Tragen von einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung in Bereichen, wo dies nicht ohnehin auf Grund anderer Rechtsvorschriften verpflichtend erforderlich ist, ist nur im Einvernehmen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zulässig.

(3) Kann auf Grund der Eigenart der beruflichen Tätigkeit der Abstand von mindestens einem Meter zwischen Personen nicht eingehalten werden, ist durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren.
(4) Die Abs. 1 bis 3 sind sinngemäß auf Fahrzeuge des Arbeitgebers anzuwenden, wenn diese während der Arbeitszeit zu beruflichen Zwecken verwendet werden.

Fahrgemeinschaften

§ 4. (1) Die gemeinsame Benützung von Kraftfahrzeugen durch Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ist nur zulässig, wenn dabei eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung getragen wird und in jeder Sitzreihe einschließlich dem Lenker nur zwei Personen befördert werden.
(2) Gleiches gilt auch für Taxis und taxiähnliche Betriebe.

Ausbildungseinrichtungen

§ 5. (1) Das Betreten von Ausbildungseinrichtungen ist durch Auszubildende bzw. Studierende ausschließlich zu folgenden Zwecken zulässig:

1. Ausbildung in Gesundheits-, Pflege- sowie Sozial- und Rechtsberufen,
2. Vorbereitung und Durchführung von Reifeprüfungen, Schulabschlussprüfungen, Studienberechtigungsprüfungen, Basisbildungsabschlüssen und beruflichen Qualifikations- bzw. Abschlussprüfungen sowie Zertifikationsprüfungen,
3. Vorbereitung und Durchführung von Fahraus- und -weiterbildungen sowie allgemeine Fahrprüfungen,
4. Ausbildungseinrichtungen nach dem Sicherheitspolizeigesetz einschließlich Vorbereitungstätigkeiten.

(2) Auszubildende bzw. Studierende haben gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, einen Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.
(3) Kann auf Grund der Eigenart der Ausbildung

1. der Mindestabstand von einem Meter zwischen Personen und/oder
2. von Personen das Tragen von einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht eingehalten werden,

ist durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren.
(4) Das Betreten von Ausbildungseinrichtungen gemäß Abs. 1 ist auch für beruflich erforderliche Zwecke zulässig.
(5) Die Abs. 1 bis 3 gelten nicht für

1. Kindergärten,
2. Schulen gemäß Schulorganisationsgesetz, BGBl. Nr. 242/1962, Art. V Z 2 der 5. SchOG-Novelle, BGBl. Nr. 323/1975 und Privatschulgesetz, BGBl. Nr. 244/1962,
3. land- und forstwirtschaftliche Schulen,
4. Universitäten gemäß Universitätsgesetz 2002, BGBl. I Nr. 120/2002, und Privatuniversitätengesetz, BGBl. I Nr. 74/2011,

5. Fachhochschulen gemäß Fachhochschul-Studiengesetz, BGBl. Nr. 340/1993, und
6. Pädagogische Hochschulen gemäß Hochschulgesetz 2005, BGBl. I Nr. 30/2006.

Gastgewerbe

§ 6. (1) Das Betreten von Betriebsstätten sämtlicher Betriebsarten der Gastgewerbe ist untersagt.

(2) Abs. 1 gilt nicht für Gastgewerbetriebe, welche innerhalb folgender Einrichtungen betrieben werden:

1. Krankenanstalten und Kuranstalten,
2. Pflegeanstalten und Seniorenheime,
3. Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen einschließlich Schulen und Kindergärten,
4. Betrieben, wenn diese ausschließlich durch Betriebsangehörige genützt werden dürfen.

(3) Abs. 1 gilt nicht für Beherbergungsbetriebe, wenn in der Betriebsstätte Speisen und Getränke ausschließlich an Beherbergungsgäste verabreicht und ausgeschenkt werden.

(4) Abs. 1 gilt nicht für Campingplätze und öffentliche Verkehrsmittel, wenn dort Speisen und Getränke ausschließlich an Gäste des Campingplatzes bzw. des öffentlichen Verkehrsmittels verabreicht und ausgeschenkt werden.

(5) Hinsichtlich der Ausnahmen gemäß Abs. 2 bis 4 ist sicherzustellen, dass gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter eingehalten wird.

(6) Die Abholung vorbestellter Speisen ist zulässig, sofern diese nicht vor Ort konsumiert werden und gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter eingehalten wird sowie eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung getragen wird.

(7) Abs. 1 gilt nicht für beruflich erforderliche Zwecke und für Lieferservice.

Beherbergungsbetriebe

§ 7. (1) Das Betreten von Beherbergungsbetrieben zum Zweck der Erholung und Freizeitgestaltung ist untersagt.

(2) Beherbergungsbetriebe sind Unterkunftsstätten, die unter der Leitung oder Aufsicht des Unterkunftgebers oder eines von diesem Beauftragten stehen und zur entgeltlichen oder unentgeltlichen Unterbringung von Gästen zu vorübergehendem Aufenthalt bestimmt sind. Beaufsichtigte Camping- oder Wohnwagenplätze, sofern es sich dabei nicht um Dauerstellplätze handelt, sowie Schutzhütten gelten als Beherbergungsbetriebe.

(3) Abs. 1 gilt nicht für Beherbergungen

1. von Personen, die sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung bereits in Beherbergung befinden, für die im Vorfeld mit dem Beherbergungsbetrieb vereinbarte Dauer der Beherbergung,
2. zum Zweck der Betreuung und Hilfeleistung von unterstützungsbedürftigen Personen,

3. aus beruflichen Gründen,
4. zu Ausbildungszwecken gesetzlich anerkannter Einrichtungen,
5. zur Stillung eines dringenden Wohnbedürfnisses,
6. von Kurgästen und Begleitpersonen in einer Kuranstalt, die gemäß § 42a KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, als Beherbergungsbetrieb mit angeschlossenem Ambulatorium gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG organisiert ist,
7. von Schülern zum Zwecke des Schulbesuchs (Internate, Lehrlingswohnheime).

Sport

§ 8. (1) Das Betreten von Sportstätten gemäß § 3 Z 11 BSFG 2017, BGBl. I Nr. 100/2017, zur Ausübung von Sport ist untersagt.

(2) Ausgenommen vom Verbot des Abs. 1 sind Betretungen nicht öffentlicher Sportstätten

1. durch Spitzensportler gemäß § 3 Z 8 BSFG 2017, auch aus dem Bereich des Behindertensportes, die ihre sportliche Tätigkeit beruflich ausüben, daraus Einkünfte erzielen und bereits an internationalen Wettkämpfen gemäß § 3 Z 5 BSFG 2017 teilgenommen haben, sowie deren Betreuer und Trainer sowie Vertreter der Medien. Zwischen Spitzensportlern, Betreuern und Trainern sowie Vertretern der Medien ist ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten. Trainingseinheiten haben, sofern möglich, nicht in geschlossenen Räumlichkeiten zu erfolgen. Bei Trainingseinheiten in geschlossenen Räumlichkeiten hat pro Person 20 m² der Gesamtfläche der Räumlichkeit zur Verfügung zu stehen. Dies gilt auch für Gemeinschaftsräume.
2. durch Kaderspieler, Betreuer und Trainer der zwölf Vereine der höchsten Spielklasse der österreichischen Fußball-Bundesliga sowie der ÖFB-Cup-Finalisten, in Kleingruppen von maximal sechs Kaderspielern mit gleichbleibender personeller Zusammensetzung. Zwischen Kaderspielern, Betreuern und Trainern ist ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten. Trainingseinheiten haben, sofern möglich, nicht in geschlossenen Räumlichkeiten zu erfolgen. Hinsichtlich der Trainingseinheiten in geschlossenen Räumlichkeiten gilt Z 1.

(3) Ausgenommen vom Verbot des Abs. 1 sind weiters Betretungen nicht öffentlicher Sportstätten hinsichtlich jener Sportarten im Freiluftbereich durch Sportler, bei denen bei sportarttypischer Ausübung dieser Sportart zwischen allen Sportlern ein Abstand von mindestens zwei Metern eingehalten werden kann. Bei der Sportausübung ist dieser Abstand einzuhalten. Geschlossene Räumlichkeiten der Sportstätte dürfen nur betreten werden, soweit dies zur Ausübung des Sports im Freiluftbereich erforderlich ist. Das Verweilen in der Sportstätte ist mit der Dauer der Sportausübung beschränkt.

(4) Flugfelder gemäß Luftfahrtgesetz, BGBl. Nr. 253/1957, sind nicht öffentlichen Sportstätten gleichgestellt. Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

Sonstige Einrichtungen

§ 9. (1) Das Betreten folgender Einrichtungen durch Besucher ist untersagt:

1. Museen und Ausstellungen,

2. Bibliotheken und Archiven,
3. Freizeiteinrichtungen, ausgenommen im privaten Wohnbereich,
4. Seil- und Zahnradbahnen.

(2) Als Freizeiteinrichtungen gemäß Abs. 1 Z 3 gelten Betriebe und Einrichtungen, die der Unterhaltung, der Belustigung oder der Erholung dienen. Das sind:

1. Schaustellerbetriebe, Freizeit- und Vergnügungsparks,
2. Bäder und Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 1 Z 1 bis 7 des Bäderhygienegesetzes – BHygG, BGBl. Nr. 254/1976; in Bezug auf Bäder gemäß § 1 Abs. 1 Z 6 BHygG (Bäder an Oberflächengewässern) gilt das Verbot gemäß Abs. 1 nicht, wenn in diesen Bädern ein Badebetrieb nicht stattfindet,
3. Tanzschulen,
4. Wettbüros, Automatenbetriebe, Spielhallen und Casinos,
5. Tierparks und Zoos,
6. Schaubergwerke,
7. Einrichtungen zur Ausübung der Prostitution,
8. Theater, Konzertsäle und -arenen, Kinos, Varietees und Kabaretts,
9. Indoorspielplätze,
10. Paintballanlagen,
11. Museumsbahnen und Ausflugsschiffe.

(3) Abs. 1 Z 3 gilt nicht für Unterkünfte von Vereinsmitgliedern auf dem Gelände von Freizeiteinrichtungen.

Veranstaltungen

§ 10. (1) Veranstaltungen mit mehr als 10 Personen sind untersagt.

(2) Als Veranstaltung gelten insbesondere geplante Zusammenkünfte und Unternehmungen zur Unterhaltung, Belustigung, körperlichen und geistigen Ertüchtigung und Erbauung. Dazu zählen jedenfalls kulturelle Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Hochzeiten, Filmvorführungen, Ausstellungen, Kongresse.

(3) Bei Begräbnissen gilt eine maximale Teilnehmerzahl von 30 Personen.

(4) Beim Betreten von Veranstaltungsorten gemäß Abs. 1 ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten. Weiters ist in geschlossenen Räumen eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Für Veranstaltungen in geschlossenen Räumen muss darüber hinaus pro Person eine Fläche von 10 m^2 zur Verfügung stehen.

(5) Abs. 1 gilt nicht für

1. Veranstaltungen im privaten Wohnbereich,
2. Versammlungen nach dem Versammlungsgesetz 1953, BGBl. Nr 98/1953. Diese sind unter den Voraussetzungen des genannten Bundesgesetzes zulässig.
3. Zusammenkünfte zu beruflichen Zwecken, wenn diese zur Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit unbedingt erforderlich sind,
4. Betretungen nach § 5.

Ausnahmen

§ 11. (1) Diese Verordnung gilt nicht für

1. Schulen gemäß Schulorganisationsgesetz, BGBl. Nr. 242/1962, Art. V Z 2 der 5. SchOG-Novelle, BGBl. Nr. 323/1975 und Privatschulgesetz, BGBl. Nr. 244/1962, sowie land- und forstwirtschaftliche Schulen,
2. Universitäten gemäß Universitätsgesetz 2002, BGBl. I Nr. 120/2002 und Privatuniversitätengesetz, BGBl. I Nr. 74/2011, Fachhochschulen gemäß Fachhochschul-Studiengesetz, BGBl. Nr. 340/1993, und Pädagogische Hochschulen gemäß Hochschulgesetz 2005, BGBl. I Nr. 30/2006,
3. Tätigkeiten im Wirkungsbereich der Organe der Gesetzgebung und Vollziehung.

(2) Betretungsverbote sowie Bedingungen und Auflagen nach dieser Verordnung gelten nicht

1. zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für Leib, Leben und Eigentum,
2. zur Betreuung und Hilfeleistung von unterstützungsbedürftigen Personen oder
3. zur Wahrnehmung der Aufsicht über minderjährige Kinder.

(3) Das Tragen von einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen das Tragen der Vorrichtung nicht zugemutet werden kann.
(4) Die Verpflichtung zur Einhaltung des Abstandes gilt nicht zwischen Menschen mit Behinderungen und deren Begleitpersonen, die persönliche Assistenz- oder Betreuungsleistungen erbringen.
(5) Sofern zwischen den Personen geeignete Schutzvorrichtungen zur räumlichen Trennung vorhanden sind, muss ein Abstand von einem Meter nicht eingehalten werden
(6) Im Fall der Kontrolle durch Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind die Gründe der Inanspruchnahme der Ausnahme glaubhaft zu machen.
(7) Personen, die nur zeitweise im gemeinsamen Haushalt leben, sind Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, gleichgestellt.
(8) Abweichend von § 1 Abs. 3 gilt die Verpflichtung zur Einhaltung des Abstands nicht in Luftfahrzeugen.

ArbeitnehmerInnenschutz und Bundesbedienstetenschutz

§ 12. Durch diese Verordnung werden das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994, und das Bundes-Bedienstetenschutzgesetz, BGBl. I Nr. 70/1999, nicht berührt.

Inkrafttreten

§ 13. (1) Diese Verordnung tritt mit 1. Mai 2020 in Kraft und mit Ablauf des 30. Juni 2020 außer Kraft.
(2) Mit Ablauf des 30. April 2020 treten

1. die Verordnung betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. II Nr. 96/2020, und
2. die Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. II Nr. 98/2020,

außer Kraft."

4. Die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird, BGBl. II 207/2020, lautet (die angefochtenen Bestimmungen bzw. Wortfolgen sind hervorgehoben): 5

"Auf Grund der §§ 1 und 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. I Nr. 12/2020, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2020 und des § 15 des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186/1950, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2020 wird verordnet:

Die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden (COVID-19-Lockerungsverordnung – COVID-19-LV), BGBl. II Nr. 197/2020, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 3 lautet:
'(3) Abs. 1 Z 1 bis 3 ist sinngemäß auf geschlossene Räume von Einrichtungen zur Religionsausübung anzuwenden.'

2. § 4 Abs. 2 lautet:
'(2) Gleiches gilt auch für Taxis und taxiähnliche Betriebe sowie an Bord von Luftfahrzeugen, welche nicht als Massenbeförderungsmittel gelten. Abweichend von Abs. 1 ist auch für Schülertransporte im Sinne der §§ 30a ff Familienlastenausgleichsgesetz 1967, für Transporte von Personen mit besonderen Bedürfnissen und für Kindergartenkinder-Transporte § 1 Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.'

3. § 5 Abs. 1 Z 3 lautet:
'3. Vorbereitung und Durchführung von Fahr-, Schienen-, Flug- und Schiffsaus- und -weiterbildungen sowie allgemeine Fahr-, Schienen-, Flug- und Schiffsprüfungen,'

4. In § 5 Abs. 1 Z 4 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Beistrich ersetzt und werden folgende Z 5 und 6 angefügt:
'5. zur Erfüllung des Integrationsgesetzes, BGBl. I Nr. 68/2017, erforderliche Integrationsmaßnahmen,
6. Schulungen durch das Arbeitsmarktservice (AMS) und im Auftrag des AMS, Angebote im Rahmen des Europäischen Sozialfonds sowie Angebote des Sozialministeriumsservice (SMS) gemäß Ausbildungspflichtgesetz, BGBl. I Nr. 62/2016.'

5. § 5 Abs. 5 entfällt.

6. § 6 samt Überschrift lautet:

'Gastgewerbe

§ 6. (1) Das Betreten von Betriebsstätten sämtlicher Betriebsarten der Gastgewerbe ist unter den in dieser Bestimmung genannten Voraussetzungen zulässig.

(2) Der Betreiber darf das Betreten der Betriebsstätte für Kunden nur im Zeitraum zwischen 06.00 und 23.00 Uhr zulassen. Restriktivere Sperrstunden und Aufsperrstunden aufgrund anderer Rechtsvorschriften bleiben unberührt.
(3) Der Betreiber hat sicherzustellen, dass die Konsumation von Speisen und Getränken nicht in unmittelbarer Nähe der Ausgabestelle erfolgt.
(4) Der Betreiber hat die Verabreichungsplätze so einzurichten, dass zwischen den Besuchergruppen ein Abstand von mindestens einem Meter besteht. Dies gilt nicht, wenn durch geeignete Schutzmaßnahmen zur räumlichen Trennung das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(5) Der Betreiber darf Besuchergruppen nur einlassen, wenn diese

1. aus maximal vier Erwachsenen zuzüglich ihrer minderjährigen Kinder oder minderjährigen Kindern, denen gegenüber Obsorgepflichten vorhanden sind, bestehen oder
2. aus Personen bestehen, die im gemeinsamen Haushalt leben.

(6) Der Betreiber hat sicherzustellen, dass jeder Kunde in geschlossenen Räumen der Betriebsstätte durch den Betreiber oder einen Mitarbeiter platziert wird.
(7) Der Betreiber hat sicherzustellen, dass er und seine Mitarbeiter bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung tragen.
(8) Vom erstmaligen Betreten der Betriebsstätte bis zum Einfinden am Verabreichungsplatz hat der Kunde gegenüber anderen Personen, die nicht zu seiner Besuchergruppe gehören, einen Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und in geschlossenen Räumen eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Beim Verlassen des Verabreichungsplatzes hat der Kunde gegenüber anderen Personen, die nicht zu seiner Besuchergruppe gehören, einen Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten.
(9) Der Betreiber hat sicherzustellen, dass sich am Verabreichungsplatz keine Gegenstände befinden, die zum gemeinsamen Gebrauch durch die Kunden bestimmt sind. Selbstbedienung ist nur zulässig, wenn die Speisen und Getränke vom Betreiber oder einem Mitarbeiter ausgegeben werden oder zur Entnahme vorportionierter und abgedeckter Speisen und Getränke.
(10) Bei der Abholung vorbestellter Speisen und/oder Getränke ist sicherzustellen, dass diese nicht vor Ort konsumiert werden und gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter eingehalten wird sowie eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung getragen wird. Bei der Abholung können zusätzlich auch nicht vorbestellte Getränke mitgenommen werden.
(11) Die Abs. 1 bis 10 gelten nicht für Betriebsarten der Gastgewerbe, die innerhalb folgender Einrichtungen betrieben werden:

1. Krankenanstalten und Kureinrichtungen;
2. Pflegeanstalten und Seniorenheime;
3. Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen einschließlich Schulen und Kindergärten;
4. Betrieben, wenn diese ausschließlich durch Betriebsangehörige genützt werden dürfen;
5. Massenbeförderungsmittel.'

7. In § 7 Abs. 2 wird nach dem Wort 'Schutzhütten' die Wortfolge 'und Kabinenschiffe' eingefügt.

8. In § 7 Abs. 3 Z 4 entfällt die Wortfolge 'gesetzlich anerkannter Einrichtungen'.

9. § 7 Abs. 3 Z 6 lautet:
'6. von Rehabilitationspatienten in einer Rehabilitationseinrichtung und Kurgästen in einer Kuranstalt gemäß § 42a KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, die als Beherbergungsbetriebe mit angeschlossenem Ambulatorium gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG organisiert sind, sowie deren Begleitpersonen,'

10. § 7 wird folgender Abs. 4 angefügt:
'(4) Abs. 1 gilt nicht für gastronomische Einrichtungen in Beherbergungsbetrieben zur Verabreichung von Speisen und zum Ausschank von Getränken. § 6 Abs. 2 bis 10 gilt.'

11. § 8 samt Überschrift lautet:

'Sport

§ 8. (1) Das Betreten von Sportstätten gemäß § 3 Z 11 BSFG 2017, BGBl. I Nr. 100/2017, ist untersagt.
(2) Abweichend von Abs. 1 dürfen Sportstätten zur Sportausübung im Freiluftbereich betreten werden, wenn während der Sportausübung gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern eingehalten wird.
(3) Bei der Ausübung von Mannschaftssport im Freiluftbereich durch Spitzensportler gemäß § 3 Z 6 BSFG 2017, auch aus dem Bereich des Behindertensports, die aus ihrer sportlichen Tätigkeit Einkünfte erzielen, kann der Abstand von zwei Metern unterschritten werden, wenn der verantwortliche Mannschaftsarzt ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept ausgearbeitet hat, wodurch das Infektionsrisiko minimiert werden kann, und der dessen Einhaltung laufend kontrolliert. Dieses ist zu befolgen. Vor erstmaliger Aufnahme des Trainings- und Wettkampfbetriebes ist durch molekularbiologische Testung nachzuweisen, dass Sportler, Betreuer und Trainer SARS-CoV-2 negativ sind. Bei Bekanntwerden einer SARS-CoV2-Infektion bei einem Sportler, Betreuer oder Trainer ist in den folgenden 14 Tagen nach Bekanntwerden der Infektion vor jedem Spiel die gesamte Mannschaft, alle Betreuer und Trainer einer molekularbiologischen Testung auf das Vorliegen von SARS-CoV-2 zu unterziehen.
(4) Das COVID-19-Präventionskonzept gemäß Abs. 3 hat zumindest folgende Themen zu beinhalten:

1. Schulung von Sportlern und Betreuern in Hygiene, Verpflichtung zum Führen von Aufzeichnungen zum Gesundheitszustand,
2. Verhaltensregeln von Sportlern, Betreuern und Trainern außerhalb der Trainings- und Wettkampfzeiten,
3. Gesundheitschecks vor jeder Trainingseinheit und jedem Wettkampf,
4. Vorgaben für Trainings- und Wettkampfinfrastruktur,

5. Hygiene- und Reinigungsplan für Infrastruktur und Material,
6. Nachvollziehbarkeit von Kontakten im Rahmen von Trainingseinheiten und Wettkämpfen,
7. Regelungen zum Verhalten beim Auftreten von COVID-19-Symptomen,
8. bei Auswärtswettkämpfen Information der dort zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, dass ein Erkrankungsfall an COVID-19 bei einem Sportler, Betreuer oder Trainer aufgetreten ist.

(5) Abweichend von Abs. 1 ist das Betreten von Sportstätten gemäß § 3 Z 11 BSFG 2017 zur Sportausübung in geschlossenen Räumlichkeiten nur durch Spitzensportler gemäß § 3 Z 6 BSFG 2017, auch aus dem Bereich des Behindertensports, zulässig. Bei der Sportausübung hat pro Spitzensportler 20m² der Gesamtfläche der jeweiligen Räumlichkeit zur Verfügung zu stehen und ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten.
(6) Flugfelder gemäß Luftfahrtgesetz, BGBl. Nr. 253/1957, sind Sportstätten gleichgestellt. Bei der Sportausübung ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten.
(7) Das Betreten von Sportstätten gemäß § 3 Abs. 11 BSFG 2017 ist auch Betreuern, Trainern und Schiedsrichtern unter den in Abs. 2 bis 6 jeweils genannten Voraussetzungen gestattet. Das Betreten von Sportstätten durch Vertreter der Medien ist zulässig, wenn gegenüber anderen Personen ein Abstand von mindestens zwei Metern eingehalten wird.'

12. In § 9 Abs. 1 entfallen die Z 1 und 2 und erhalten die Z 3 und 4 die Ziffernbezeichnung '1.' und '2.'.

13. In § 9 werden nach Abs. 1 folgende Abs. 1a und 1b eingefügt:
'(1a) Das Betreten des Besucherbereichs von Museen, Ausstellungen, Bibliotheken, Büchereien und Archiven samt deren Lesebereichen sowie von Tierparks und Zoos ist unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Z 1 bis 5 zulässig. Sofern sich der Besucherbereich im Freien befindet, gilt § 1 Abs. 1.
(1b) Das Betreten der Einrichtungen und Teilnahme an Angeboten der außerschulischen Jugenderziehung und Jugendarbeit ist unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Z 1 bis 4 und § 1 Abs. 1 und 2 zulässig.'

14. In § 9 Abs. 2 erster Satz wird der Verweis 'Abs. 1 Z 3' durch den Verweis 'Abs. 1 Z 1' ersetzt.

15. In § 9 Abs. 2 entfällt die Z 5, die Z 6 bis 11 erhalten die Ziffernbezeichnung '5.' bis '10.'.

16. In § 9 Abs. 2 Z 10 (neu) entfällt die Wortfolge 'und Ausflugsschiffe', der Punkt am Ende wird durch einen Beistrich ersetzt und folgende Z 11 wird angefügt:
'11. Ausflugsschiffe im Gelegenheitsverkehr.'

17. Dem § 9 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

'(4) Abs. 2 Z 3 gilt nicht für Betretungen durch Tanzpaare, die im gemeinsamen Haushalt leben, sofern pro Paar 10 m² Tanzfläche zur Verfügung stehen. Auch Einzelunterricht ist zulässig.
(5) Abs. 2 Z 7 gilt nicht für Betretungen mit mehrspurigen Kraftfahrzeugen.'

18. In § 10 Abs. 2 wird nach dem Wort 'Kongresse' die Wortfolge ', Angebote zur Förderung von Pflege und Erziehung in Familien, Hilfen zur Bewältigung von familiären Problemen' eingefügt.

19. In § 10 Abs. 5 wird der Ausdruck 'Abs. 1 gilt' durch den Ausdruck 'Die Abs. 1 bis 4 gelten' ersetzt.

20. In § 10 Abs. 5 wird nach der Z 1 folgende Z 1a eingefügt:
'1a. Veranstaltungen zur Religionsausübung mit Ausnahme von Begräbnissen,'

21. In § 10 Abs. 5 Z 3 entfällt das Wort 'unbedingt'.

22. In § 10 Abs. 5 Z 4 wird nach dem Ausdruck '§ 5' der Ausdruck ', § 8 und § 9 Abs. 5,' eingefügt.

23. Dem § 10 Abs. 5 werden folgende Z 5 und 6 angefügt:
'5. Zusammenkünfte von Organen politischer Parteien,
6. Zusammenkünfte von Organen juristischer Personen.'

24. Dem § 10 wird folgender Abs. 6 angefügt:
'(6) Bei Religionsausübung im Freien ist, sofern sich dies nicht ohnedies aus § 1 Abs. 1 ergibt, gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten. Darüber hinaus hat der Veranstalter sicherzustellen, dass durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert wird.'

25. In § 11 Abs. 1 Z 1 wird vor der Wortfolge 'Schulen gemäß Schulorganisationsgesetz' der Ausdruck 'Elementare Bildungseinrichtungen,' eingefügt.

26. In § 11 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:
'(2a) Die Pflicht zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung und die Pflicht der Einhaltung eines Abstands gelten nicht, wenn dies die Vornahme religiöser Handlungen von anerkannten Kirchen und Religionsgesellschaften und religiösen Bekenntnisgemeinschaften erfordert.'

27. In § 11 Abs. 5 wird am Absatzende ein Punkt eingefügt.

28. § 13 wird folgender Abs. 3 angefügt:
'(3) § 2 Abs. 3, § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 1 Z 3, 4 bis 6, der Entfall des § 5 Abs. 5, § 6, § 7 Abs. 2, § 7 Abs. 3 Z 4 und 6, § 7 Abs. 4, § 8, § 9 Abs. 1, 1a und 1b, Abs. 2, Abs. 4

und 5, § 10 Abs. 2, 5 und 6, § 11 Abs. 1 Z 1, Abs. 2a und Abs. 5 in der Fassung BGBl. II Nr. 207/2020 treten mit Ablauf des 14. Mai 2020 in Kraft.'"

5. Die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird (2. COVID-19-LV-Novelle), BGBl. II 231/2020, lautet (die angefochtenen Bestimmungen bzw. Wortfolgen sind hervorgehoben): 6

"Auf Grund der §§ 1 und 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. I Nr. 12/2020, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2020, und des § 15 Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 43/2020, wird verordnet:

Die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden, (COVID-19-Lockerungsverordnung – COVID-19-LV) BGBl. II Nr. 197/2020, zuletzt geändert durch die Verordnung BGBl. II Nr. 207/2020, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
'Die Verpflichtung zum Tragen eines den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung gilt nicht, während sich die Personen auf ihren Sitzplätzen oder gekennzeichneten Plätzen aufhalten.'

2. § 3 Abs. 3 lautet:
'(3) Kann auf Grund der Eigenart der beruflichen Tätigkeit der Abstand von mindestens einem Meter zwischen Personen nicht eingehalten werden, ist durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren, etwa durch technische oder organisatorische Schutzmaßnahmen, wie das Bilden von festen Teams, der Anbringung von Trennwänden oder Plexiglaswänden.'

3. Die Überschrift von § 4 lautet:
'Fahrgemeinschaften, Gelegenheitsverkehr, Ausflugsschiffe, Seil- und Zahnradbahnen'

4. In § 4 Abs. 2 wird vor dem Wort 'Taxis' die Wortfolge 'Aus- und Weiterbildungsfahrten,' eingefügt.

5. § 4 wird folgender Abs. 3 angefügt:
'(3) Bei der Beförderung von Personen in Seil- und Zahnradbahnen, Reisebussen und Ausflugsschiffen ist § 1 Abs. 3 sinngemäß anzuwenden. Im Freiluftbereich von Ausflugsschiffen gilt § 1 Abs. 1.'

6. § 5 samt Überschrift lautet:

'Einrichtungen nach dem Bäderhygienegesetz

§ 5. Einrichtungen nach § 1 Abs. 1 Z 1 bis 7 Bäderhygienegesetz – BHygG, BGBl. Nr. 254/1976, dürfen nur betreten werden, wenn der Betreiber im Hinblick auf die besonderen Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von COVID-19 seine Verpflichtungen gemäß § 13 BHygG evaluiert sowie seine Maßnahmen und die Badeordnung entsprechend dem Stand der Wissenschaft adaptiert. § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 gelten; Z 2 gilt nicht in Feuchträumen, wie Duschen und Schwimmhallen, und nicht im Freien.'

7. In der Überschrift des § 6 entfällt der Punkt.

8. § 6 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:
'Der gemeinsame Einlass von mehreren zusammengehörenden Besuchergruppen ist nach Maßgabe des Abs. 4 möglich.'

9. § 6 Abs. 7 lautet:
'(7) Der Betreiber hat sicherzustellen, dass er und seine Mitarbeiter bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.'

10. § 7 samt Überschrift lautet:

'Beherbergungsbetriebe

§ 7. (1) Das Betreten von Beherbergungsbetrieben ist unter den in dieser Bestimmung genannten Voraussetzungen zulässig.
(2) Beherbergungsbetriebe sind Unterkunftsstätten, die unter der Leitung oder Aufsicht des Unterkunftgebers oder eines von diesem Beauftragten stehen und zur entgeltlichen oder unentgeltlichen Unterbringung von Gästen zu vorübergehendem Aufenthalt bestimmt sind. Beaufsichtigte Camping- oder Wohnwagenstellplätze, Schutzhütten und Kabinenschiffe gelten ebenfalls als Beherbergungsbetrieb.
(3) Der Gast hat in allgemein zugänglichen Bereichen gegenüber anderen Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben oder nicht zur Gästegruppe in der gemeinsamen Wohneinheit gehören, einen Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten. Dies gilt nicht, wenn durch geeignete Schutzmaßnahmen zur räumlichen Trennung das Infektionsrisiko minimiert werden kann. Im gesamten Bereich des Eingangs und der Rezeption ist eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.
(4) Die Nächtigung in einem Schlaflager oder in Gemeinschaftsschlafräumen ist nur zulässig, wenn gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens 1,5 Meter eingehalten wird oder durch geeignete Schutzmaßnahmen zur räumlichen Trennung das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(5) Der Betreiber hat sicherzustellen, dass er und seine Mitarbeiter bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvor-

richtung tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.
(6) Für das Betreten von gastronomischen Einrichtungen in Beherbergungsbetrieben gelten die in § 6 Abs. 2 bis 10 genannten Voraussetzungen. Angehörige einer Gästegruppe (Abs. 3) sind Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, gleichgestellt. § 6 Abs. 9 zweiter Satz gilt nicht für Übernachtungsgäste, sofern durch besondere hygienische Vorkehrungen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(7) Für das Betreten von Fitnessbereichen in Beherbergungsbetrieben gelten die in § 8 genannten Voraussetzungen. Angehörige einer Gästegruppe (Abs. 3) sind Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, gleichgestellt.
(8) Für das Betreten von Wellnessbereichen in Beherbergungsbetrieben gelten die in § 5 genannten Voraussetzungen. Angehörige einer Gästegruppe (Abs. 3) sind Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, gleichgestellt.'

11. § 8 Abs. 1 und 2 lauten:
'(1) Das Betreten von Sportstätten gemäß § 3 Z 11 BSFG 2017, BGBl. I Nr. 100/2017, ist unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Z 1 <u>bis 3</u> zulässig. Für Freiluftbereiche von Sportstätten gilt § 1 Abs. 1.
(2) Bei Ausübung der Sportart ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten. Dieser Abstand kann ausnahmsweise kurzfristig unterschritten werden. Weiters kann der Abstand von einem Meter von Betreuern und Trainern ausnahmsweise unterschritten werden, wenn dies aus Sicherheitsgründen erforderlich ist.'

12. § 8 Abs. 5 lautet:
'(5) Flugfelder gemäß Luftfahrtgesetz, BGBl. Nr. 253/1957, sind Sportstätten gleichgestellt. Bei der Sportausübung ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens zwei Metern einzuhalten.'

13. § 8 Abs. 6 und 7 entfällt.

14. § 9 samt Überschrift lautet:

'Sonstige Einrichtungen

§ 9. (1) Das Betreten des Besucherbereichs von Museen, Ausstellungen, Bibliotheken, Archiven samt deren Lesebereichen sowie von sonstigen Freizeiteinrichtungen ist unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Z 1 <u>bis 5</u> zulässig. Sofern sich der Besucherbereich im Freien befindet, gilt § 1 Abs. 1.
(2) Das Betreten von Einrichtungen zur Ausübung der Prostitution ist untersagt.'

<u>15. § 10 samt Überschrift lautet:</u>

<u>'Veranstaltungen</u>

<u>§ 10. (1) Als Veranstaltungen im Sinne dieser Verordnung gelten insbesondere geplante Zusammenkünfte und Unternehmungen zur Unterhaltung, Belustigung, körperlichen und geistigen Ertüchtigung und Erbauung. Dazu zählen jedenfalls</u>

kulturelle Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Hochzeiten, Filmvorführungen, Ausstellungen, Vernissagen, Kongresse, Angebote der außerschulischen Jugenderziehung und Jugendarbeit, Schulungen und Aus- und Fortbildungen.
(2) Veranstaltungen mit mehr als 100 Personen sind untersagt. Mit 1. Juli 2020 sind Veranstaltungen mit zugewiesenen und gekennzeichneten Sitzplätzen in geschlossenen Räumen mit bis zu 250 Personen und im Freiluftbereich mit bis zu 500 Personen zulässig. Mit 1. August 2020 sind Veranstaltungen mit zugewiesenen und gekennzeichneten Sitzplätzen in geschlossenen Räumen mit bis zu 500 Personen und im Freiluftbereich mit bis zu 750 Personen zulässig. Personen, die zur Durchführung der Veranstaltung erforderlich sind, sind in diese Höchstzahlen nicht einzurechnen. Für das Verabreichen von Speisen und den Ausschank von Getränken an Besucher gilt § 6.
(3) Hochzeiten und Begräbnisse mit mehr als 100 Personen sind untersagt.
(4) Mit 1. August 2020 sind abweichend von Abs. 2 Veranstaltungen mit zugewiesenen und gekennzeichneten Sitzplätzen in geschlossenen Räumen mit bis zu 1000 Personen und im Freiluftbereich mit bis zu 1250 Personen mit Bewilligung der für den Veranstaltungsort örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zulässig. Die Entscheidungsfrist für die Bewilligung beträgt vier Wochen ab vollständiger Vorlage der Unterlagen. Voraussetzung für die Bewilligung ist ein COVID-19-Präventionskonzept des Veranstalters. In diesem Verfahren sind auch folgende Umstände als Voraussetzung für die Bewilligung zu berücksichtigen:

1. die epidemiologische Lage im Einzugsgebiet der Veranstaltung,
2. die Kapazitäten der örtlich zuständigen Gesundheitsbehörde im Falle einer notwendigen Kontaktpersonennachverfolgung aufgrund eines Verdachts- oder Erkrankungsfalls bei der Veranstaltung.

(5) Jeder Veranstalter von Veranstaltungen mit über 100 Personen hat einen COVID-19-Beauftragten zu bestellen und ein COVID-19-Präventionskonzept auszuarbeiten und dieses umzusetzen. Das COVID-19-Präventionskonzept hat insbesondere Vorgaben zur Schulung der Mitarbeiter und basierend auf einer Risikoanalyse Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos zu beinhalten. Hiezu zählen insbesondere:

1. Regelungen zur Steuerung der Besucherströme,
2. spezifische Hygienevorgaben,
3. Regelungen zum Verhalten bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion,
4. Regelungen betreffend die Nutzung sanitärer Einrichtungen,
5. Regelungen betreffend die Verabreichung von Speisen und Getränken.

(6) Bei Veranstaltungen mit zugewiesenen und gekennzeichneten Sitzplätzen ist ein Abstand von mindestens einem Meter gegenüber anderen Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben oder nicht einer gemeinsamen Besuchergruppe gemäß § 6 Abs. 5 angehören, einzuhalten. Kann dieser Abstand auf Grund der Anordnungen der Sitzplätze nicht eingehalten werden, sind die jeweils seitlich daneben befindlichen Sitzplätze freizuhalten, sofern nicht durch andere geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(7) Beim Betreten von Veranstaltungsorten gemäß Abs. 6 in geschlossenen Räumen ist eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Dies gilt nicht, während sich die Besucher auf den ihnen

zugewiesenen Sitzplätzen aufhalten. Wird der Abstand von einem Meter trotz Freilassen der seitlich daneben befindlichen Sitzplätze gemäß Abs. 6 seitlich unterschritten, ist jedoch auch auf den zugewiesenen Sitzplätzen eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen, sofern nicht durch andere geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert werden kann.
(8) Bei Veranstaltungen ohne zugewiesene und gekennzeichnete Sitzplätze ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten. Weiters ist in geschlossenen Räumen eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Für Tänzer gelten § 8 Abs. 1 und 2 sinngemäß. Für das Verabreichen von Speisen und den Ausschank von Getränken gilt § 6.
(9) Kann auf Grund der Eigenart einer Schulung, Aus- und Fortbildung

1. der Mindestabstand von einem Meter zwischen Personen und/oder
2. von Personen das Tragen von einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung nicht eingehalten werden,

ist durch sonstige geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko zu minimieren. Die Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung gilt nicht für Teilnehmer, während sie sich auf ihren Sitzplätzen aufhalten sowie für Vortragende.
(10) Für Teilnehmer an Proben und Mitwirkende an künstlerischen Darbietungen gilt § 3 sinngemäß.
(11) Die Abs. 1 bis 9 gelten nicht für

1. Veranstaltungen im privaten Wohnbereich,
2. Veranstaltungen zur Religionsausübung mit Ausnahme von Hochzeiten und Begräbnissen,
3. Versammlungen nach dem Versammlungsgesetz 1953, BGBl. Nr. 98/1953. Diese sind unter den Voraussetzungen des genannten Bundesgesetzes zulässig.
4. Zusammenkünfte zu beruflichen Zwecken, wenn diese zur Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind,
5. Zusammenkünfte von Organen politischer Parteien,
6. Zusammenkünfte von Organen juristischer Personen,
7. Zusammenkünfte gemäß Arbeitsverfassungsgesetz – ArbVG, BGBl. 22/1974.

(11) Bei Religionsausübung im Freien ist, sofern sich dies nicht ohnedies aus § 1 Abs. 1 ergibt, gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten. Darüber hinaus hat der Veranstalter sicherzustellen, dass durch geeignete Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko minimiert wird.'

16. In § 11 Abs. 2a entfällt die Wortfolge 'von anerkannten Kirchen und Religionsgesellschaften und religiösen Bekenntnisgemeinschaften'.

17. Die Überschrift zu § 13 lautet:
'Inkrafttreten und Übergangsrecht'

18. § 13 Abs. 1 lautet:
'(1) Diese Verordnung tritt mit 1. Mai 2020 in Kraft und mit Ablauf des 31. August 2020 außer Kraft.'

19. In § 13 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:
'(4) § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 3, die Überschrift von § 4, § 4 Abs. 2 und 3, § 5 samt Überschrift, die Überschrift von § 6, § 6 Abs. 5 und 7, § 7 samt Überschrift, § 8 Abs. 1, 2 und 5, der Entfall von § 8 Abs. 6 und 7, § 9 samt Überschrift, § 10 samt Überschrift, § 11 Abs. 2a, die Überschrift zu § 13 und § 13 Abs. 1 in der Fassung der Verordnung BGBl. II Nr. 231/2020 treten mit Ablauf des 28. Mai 2020 in Kraft.
(5) § 9 Abs. 2 entfällt mit Ablauf des 30. Juni 2020.'"

III. Antragsvorbringen und Vorverfahren

1. Der Antragsteller ist Rechtsanwalt und erachtet sich durch die angefochtenen Rechtsvorschriften in seinen verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechten auf Freizügigkeit der Person und des Vermögens gemäß Art. 4 StGG und Art. 2 4. ZPEMRK, freie Wahl von Aufenthalt und Wohnsitz gemäß Art. 6 StGG, Achtung des Privat- und Familienlebens gemäß Art. 8 EMRK und Art. 7 GRC, ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter gemäß Art. 83 Abs. 2 B-VG, Unversehrtheit des Eigentums gemäß Art. 5 StGG und Art. 1 1. ZPEMRK bzw. seinem Eigentumsrecht gemäß Art. 17 GRC, Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz gemäß Art. 2 StGG, Art. 7 B-VG bzw. Art. 20 GRC, Freiheit der Erwerbsbetätigung gemäß Art. 6 StGG bzw. Berufsfreiheit und Recht zu arbeiten gemäß Art. 15 GRC, auf Glaubens- und Gewissensfreiheit einschließlich der Freiheit der Religionsausübung gemäß Art. 14 StGG bzw. Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit gemäß Art. 9 EMRK und Art. 10 GRC, keiner unmenschlichen oder erniedrigenden Strafe oder Behandlung (Folter) unterworfen zu werden gemäß Art. 3 EMRK sowie in seinem Recht auf Menschenwürde gemäß Art. 1 GRC verletzt. Zu seiner Antragslegitimation führt er wörtlich wie folgt aus (ohne Hervorhebungen im Original): 7

"aktuelle und unmittelbare Betroffenheit:

Beim Kriterium der 'Betroffenheit' wird vorausgesetzt, dass die angefochtenen VO (und im gegenständlichen Fall, das mitangefochtene COVID-19-Maßnahmengesetz) in die Rechtssphäre des Antragstellers unmittelbar eingreift und sie verletzt.

Vor dem Hintergrund der auf Grundlage des COVID-19-Maßnahmengesetzes erlassenen zahlreiche VOen des BMSGPK, insbesondere die VO BGBl. II Nr. 98/2020, mit dem das Betreten öffentlicher Orte verboten wird oder die VO BGBl. Nr. 96/2020, mit dem untersagt wird, den Kundenbereich von Betriebsstätten des Handels und von Dienstleistungsunternehmen sowie von Freizeit- und Sportbetrieben zum Zweck des Erwerbs von Waren oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen oder der Benützung von Freizeit- und Sportbetrieben zu betreten, sowie der übrigen angefochtenen VOen, mit denen die Untersagung des Betretens von Geschäften sowie öffentlichen Orten sukzessive modifiziert werden, sollen die Eingriffe durch die angefochtenen VOen in die Rechtssphäre des Antragstellers und die Rechtsverletzungen wie folgt ausgeführt werden:

I. Kindergarten:

Es wurde zunächst der Zugang der 3-jährigen Tochter des Beschwerdeführers, S***, in den ***-Kindergarten in *** beschränkt bzw. ihren Eltern, also dem Beschwerdeführer und seiner Frau, dazu geraten, das Kind nicht in den Kindergarten zu bringen.

Die Kindergartenleitung hat die faktische Betreuungssituation sowohl dem Beschwerdeführer als auch seiner Frau gegenüber so kommuniziert, dass vorrangig jene Kinder im Kindergarten betreut werden, deren Eltern beruflich unabkömmlich wären. Da sowohl der Beschwerdeführer als auch seine Frau nicht in den Berufen tätig waren, die vom BMSGPK als unabkömmlich qualifiziert wurden (siehe Erlass zu GZ: 2020-0.180.200), musste eine Betreuung von S*** bis auf Weiteres zuhause organisiert werden.

Die Kindergärtnerinnen des ***-Kindergartens wurden behördlich beauftragt, die Kinder nicht in ihren gewohnten Gruppen zu betreuen, sondern in anderen Räumen und anderen Besetzungen zu betreuen, womit die Kinder, so auch die Tochter des Beschwerdeführers, ihrer gewohnten Umgebung 'entrissen' wurden. Den Kindergärtnerinnen wurde aufgetragen, mit den Kindern nicht mehr wie gewohnt durch körperlichen Kontakt zu spielen und auf ihren Schoß zu nehmen.

Weiters musste die 3-jährige Tochter des Beschwerdeführers über Wochen hinweg am Gang (!) des Kindergartens mit Kindern, die nicht aus ihrer gewohnten Gruppe stammten, spielen, was Anpassungsstörungen beim Kind verursacht hat.

S*** hat durch diese Maßnahmen psychische Beeinträchtigungen erlitten, da sie als 3-jähriges Kind derartige Maßnahmen, die abrupt eingeführt wurden und ihren gewohnten Umlauf im Kindergarten von Grund auf veränderten, nicht versteht.

So wurde sie auf Anraten der Kindergärtnerinnen für 2 Wochen gar nicht in den Kindergarten gebracht, wobei die ganztägige Betreuung durch den Beschwerdeführer und seine Frau erfolgt ist. Diesbezüglich musste die Frau des Beschwerdeführers auf 'Homeoffice' ausweichen und musste der Beschwerdeführer mehrere Tage auf den Betrieb seines Anwaltsbüros verzichten.

S*** wollte darauf hin gar nicht mehr in den Kindergarten. Nachdem der Beschwerdeführer und seine Frau versucht hatten, S*** allmählich wieder an den Kindergartenbesuch zu gewöhnen, brachten sie sie nur halbtags in den Kindergarten. S*** fing immer wieder an zu weinen, weil sie sich im Kindergarten nicht wohl gefühlt hatte. Dies deshalb, weil sie immer wieder mit ihr nicht bekannten Kindern spielen musste und einfach aus ihrer Gruppe entrissen worden war. Zudem musste sie immer wieder mit 'maskierten' Frauen (Kindergärtnerinnen) kontrahieren, vor denen sie anfänglich Angst gehabt hatte. Dies aufgrund der Nasen-Mund-Schutz-Masken, die die Kindergärtnerinnen tragen mussten.

Weiters gab es keinen körperlichen Kontakt mehr zwischen S*** und ihren Kindergärtnerinnen, was auch sehr ungewohnt war.

Noch heute weint S***, wenn sie von ihrer Mutter oder dem Beschwerdeführer in den Kindergarten gebracht wird. Demgegenüber hatte sie sich in der Zeit, bevor die hiermit angefochtenen Rechtsnormen erlassen worden waren, auf den Kindergartenbesuch sehr gefreut.

Beweis: […]

II. Persönliche/berufliche Mobilität:

Das angefochtene COVID-19-Maßnahmengesetz hat aufgrund der auf dessen Basis erlassenen VOen des BGBl. II 98/2020 und 96/2020 die persönliche Mobilität des Beschwerdeführers eingeschränkt, weil es ihm sowohl beruflich als auch privat nicht mehr möglich war, beliebige/bestimmte Orte (zB Gerichte, Behörden, Kinos, Fitnesscenter etc.) aufzusuchen und sich dort beliebig aufzuhalten.

Seine sozialen Kontakte zu pflegen, die in seinem orientalischen Kulturkreis zu einem beträchtlichen Teile aus persönlichen Besuchen besteht, war dem Beschwerdeführer unmöglich gemacht worden, da die Regierung in Interpretation des angefochtenen Gesetzes bekannterweise immer wieder proklamiert hatte, dass das Haus nur aus bestimmten ('vier') Gründen laut VO BGBl. II Nr. 98/2020 verlassen werden dürfe.

III. Berufliche Umsatzeinbuße:

Selbstverständlich hat der Beschwerdeführer durch die weitgehende Lahmlegung der Justiz in der Zeit ab 16.03.2020 beträchtliche Umsatzeinbußen erfahren und wurde ihm noch dazu augenscheinlich mit § 4 Abs. 2 des angefochtenen COVID-19-Maßnahmengesetzes die Möglichkeit genommen, seinen Verdienstentgang nach dem EpidemieG geltend zu machen.

Obwohl gemäß den erlassenen Verordnungen die Kanzleiräumlichkeiten der Anwälte als Teil der Rechtspflege (VO BGBl. II Nr. 96/2020, § 2 Abs. 1 Z. 15) offiziell nicht geschlossen worden waren, liegt jedoch wohl auf der Hand, dass durch Absagen beinahe sämtlicher Gerichtsverhandlungen ab 16.03.2020 der Umsatz des Beschwerdeführers beträchtlich eingebrochen ist, da gerichtsnotorischerweise ein beträchtlicher Anteil der Umsätze von Anwälten auf die Verrichtung von Gerichtsverhandlungen zurückzuführen ist.

Beweismittel: […]

IV. Frustrierte Erholungs-/Urlaubsplanung:

Es musste ein Familienurlaub in Istanbul von 20.03. bis 25.03.2020 (gebucht schon Mitte Februar 2020) storniert werden, wodurch sowohl die Freude auf eine Erholung als auch die Erholung selbst vergällt wurde.

Wie es sich mit dem für Mitte Juni 2020 geplanten Sommerurlaub in Italien verhält, ist derzeit noch nicht abschätzbar. Fest steht jedoch, dass auch diesbezüglich die Freude auf eine Erholung nicht mehr besteht.

Beweismittel: […]

V. Massive Einschränkung der sportlichen Betätigung:

Als begeisterter Hobbyfußballspieler und Fitnessclub-Mitglied (beim Fitnesscenter ***) ist es dem Beschwerdeführer seit Inkrafttreten des angefochtenen COVID-19-Maßnahmengesetzes nicht mehr möglich, seinen Hobbies und Lieblingsfreizeitbeschäftigungen nachzugehen. Dies wirkt sich selbstverständlich auch auf seine Gesundheit aus. Ausgleichsbetätigungen hatte der Beschwerdeführer seit Inkrafttreten des angefochtenen COVID-19-Maßnahmengesetzes widerwillig in anderen Formen (zB Sport im Keller, laufen in der Freiluft) nachzugehen.

Seit Inkrafttreten des angefochtenen COVID-19-Maßnahmengesetzes befindet sich der Beschwerdeführer in einer Art depressiver Verstimmung. Eine ärztliche Behandlung steht aus und wird auch zufolge der allmählich erfolgenden Locke-

rungen der Zwangsmaßnahmen wohl nicht mehr notwendig oder zielführend sein.

Beweismittel: […]

VI. Persönliche Freiheit der Selbstbestimmung:

Aufgrund der behördlich auferlegten Pflicht in öffentlich zugänglichen Gebäuden (zB beim Einkaufen, bei Gericht, Behörden etc.) Nasen-Mund-Schutz-Masken tragen zu müssen, wird die persönliche Freiheit des Beschwerdeführers, sich kleiden zu wollen und selbst bestimmen zu können, was er tragen und nicht tragen möchte, immens eingeschränkt.

Weiters wird dadurch auch seine Würde als Mensch verletzt, da er durch diese ausnahmslose Pflicht pauschal damit verdächtigt wäre, er wäre mit dem Corona-Virus infiziert und stellte eine potenzielle Gefahr für andere Menschen in seiner Umgebung dar.

VII. Religionsfreiheit:

Die Religionsfreiheit, die dem Beschwerdeführer garantiert, Gebete/Messen und Zeremonien in alevitischen Cem-Gebetshäusern mit Gleichgläubigen oder unter der Anleitung von alevitischen Geistlichen ('Dedes') zu praktizieren und an sog. Cem-Zeremonien teilzunehmen, ist durch das angefochtenen COVID-19-Maßnahmengesetzes und die darauf basierenden Verordnungen massiv eingeschränkt, ja sogar grundlegend vernichtet worden.

Es ist dem Beschwerdeführer nicht möglich, gemeinsam mit Gleichgläubigen eine Messe nach alevitischem Glauben abzuhalten oder daran teilnehmen zu können.

VIII. Freizeitgestaltung:

Aufgrund der gesperrten Restaurants und anderer Gastronomiebetriebe, der geschlossenen Grenzen und des eingestellten Flugverkehrs ist die Freizeitgestaltung des Beschwerdeführers massiv eingeschränkt, ja geradezu ausgeschlossen. Ebenso auch konkrete Pläne der Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen.

So musste der Beschwerdeführer konkret einen seit mehreren Monaten geplanten Familienurlaub in Istanbul (20.03.2020 bis 25.03.2020) stornieren bzw. wurde der Flugverkehr in die Türkei staatlich ausgesetzt.

Weiters war hatte die Frau des Beschwerdeführers, ***, bereits im Februar 2020 Konzerttickets als Überraschung für den Beschwerdeführer gesichert und hätte

der Beschwerdeführer gemeinsam mit seiner Frau am 17.04.2020 an der kulturellen Veranstaltung des Künstlers *** in der Wiener Stadthalle teilnehmen sollen. Notorischerweise wurden sämtliche Veranstaltungen behördlich untersagt, weshalb die Teilnahme für den Beschwerdeführer und seine Frau nicht möglich gewesen war.

Beweismittel: […]

IX. Eigentumsrecht:

Weiters ist es dem Beschwerdeführer erschwert bzw. unmöglich gemacht, sein verfügbares Geld so aufzuwenden wie er es gerne hätte, indem ihm der schon der Zugang zu diversen Warenhandelsgeschäften, die behördlich geschlossen worden sind, verboten wird. Ebenso wenig kann er sein verfügbares Geld für die Inanspruchnahme diverser Dienstleistungen (zB Friseur, Massage, Konzerte, Kulturveranstaltungen etc.) aufwenden."

Da ferner kein anderer zumutbarer Weg bestehe, die Bedenken an den Verfassungsgerichtshof heranzutragen, sei der Individualantrag zulässig. In der Sache bringt der Antragsteller u.a. vor, dass eine gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Basis fehle, die zeige, dass COVID-19 tatsächlich eine Krankheit von "bisher nicht gekannte[r] Gefährlichkeit" sei. Die "Anlassgesetzgebung" und die darauf basierenden Verordnungen seien daher nicht gerechtfertigt. Die Mund-Nasenschutzmaske sei "nicht einmal im Entferntesten" geeignet, die Ausbreitung von COVID-19 "aufzuhalten". Im "Vorfeld der Gesetz- und Verordnungserlassungen, die letztlich zum 'Lockdown' der gesamten österreichischen Gesellschaft und Wirtschaft geführt haben", sei eine wissenschaftliche Diskussion geführt worden, bei der es "weitaus gewichtigere und überzeugendere Argumente gegeben hat, die gegen die Erlassung der angefochtenen Normen gesprochen haben". Das vorhandene Nichtwissen zu COVID-19 hätte die "näher aufzuzeigenden Grundrechtseingriffe durch das COVID-19-Maßnahmengesetz und der darauf basierenden VO-Erlassungen daher nicht im Entferntesten" gerechtfertigt. Im Besonderen greife die durch § 1 Abs. 2 und 3 COVID-19-Lockerungsverordnung angeordnete Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes in zahlreiche Grundrechte ein. Insbesondere werde auch die Würde des Beschwerdeführers (Art. 1 GRC) verletzt und stelle das verpflichtenden Tragen eines Mund-Nasenschutzes eine erniedrigende Behandlung (Art. 3 EMRK) dar. 8

2. Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat als verordnungserlassende Behörde die Akten betreffend das Zustandekommen der angefochtenen Verordnungen vorgelegt und eine Äußerung erstattet. 9

2.1. Der Zulässigkeit des Verordnungsprüfungsantrags wird darin Folgendes entgegengehalten (ohne Hervorhebungen im Original): 10

"[…] Gemäß Art. 139 Abs. 1 Z 3 B-VG erkennt der Verfassungsgerichtshof über die Gesetzwidrigkeit von Verordnungen auf Antrag einer Person, die unmittelbar durch diese Gesetzwidrigkeit in ihren Rechten verletzt zu sein behauptet, wenn die Verordnung ohne Fällung einer gerichtlichen Entscheidung oder ohne Erlassung eines Bescheides für diese Person wirksam geworden ist. Grundlegende Voraussetzung für die Antragslegitimation ist daher, dass die Verordnung in die Rechtssphäre der betroffenen Person unmittelbar eingreift und sie – im Fall ihrer Gesetzwidrigkeit – verletzt (ständige Rechtsprechung seit VfSlg. 8058/1977). Hiebei hat der Verfassungsgerichtshof vom Antragsvorbringen auszugehen und lediglich zu prüfen, ob die vom Antragsteller ins Treffen geführten Wirkungen solche sind, wie sie Art. 139 Abs. 1 Z 3 B-VG als Voraussetzung für die Antragslegitimation fordert (vgl. zB VfSlg. 8594/1979, 15.527/1999, 16.425/2002 und 16.426/2002).

[…] Es ist darüber hinaus erforderlich, dass die Verordnung selbst tatsächlich in die Rechtssphäre des Antragstellers unmittelbar eingreift. Ein derartiger Eingriff ist nur dann anzunehmen, wenn dieser nach Art und Ausmaß durch das Gesetz bzw die Verordnung selbst eindeutig bestimmt ist, wenn er die (rechtlich geschützten) Interessen des Antragstellers nicht bloß potentiell, sondern aktuell beeinträchtigt und wenn dem Antragsteller kein anderer zumutbarer Weg zur Abwehr des – behaupteterweise – rechtswidrigen Eingriffes zur Verfügung steht (VfSlg. 11.868/1988, 15.632/1999, 16.616/2002, 16.891/2003; 19.894/2014).

[…] Die aktuelle Betroffenheit muss sowohl im Zeitpunkt der Antragstellung als auch im Zeitpunkt der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs vorliegen (statt vieler mwN VfSlg. 14.712/1996; VfSlg. 19.391/2011). Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs entfaltet eine im Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichtshofs bereits außer Kraft getretene Norm für die Rechtssphäre des Antragstellers regelmäßig nicht mehr die eine Antragstellung rechtfertigende unmittelbare Wirkung (VfSlg. 9868/1983, 11.365/1987, 12.182/1989, 12.413/1990, 12.999/1992, 14.033/1995, 15.116/1998, 16.224/2001; 17.266/2004). Mit dem Außer-Kraft-Treten ist das Ziel eines Verfahrens nach dem letzten Satz der ersten Absätze in Art. 139 und 140 B-VG, die rechtswidrige Norm ohne Verzug mit genereller Wirkung aus dem Rechtsbestand zu entfernen, fortgefallen (vgl. nur VfGH V 8/00, VfGH 5. 3. 2014, G 20/2013, V 11/2013; vgl. auch VfSlg. 16.618/2002, 17.400, 17653).

[…] Das Außer-Kraft-Treten schadet im Hinblick auf die Antragslegitimation nur dann nicht, wenn die angefochtene Bestimmung auch nach dem Außer-Kraft-Treten noch eine nachteilige rechtliche Wirkung für den Antragsteller hat (s nur VfSlg. 12.227/1989, VfSlg. 16.229/2001), wenn also der 'Rechtsfolgenbereich' über den zeitlichen 'Bedingungsbereich' hinausreicht (vgl. Öhlinger/Eberhard, Verfassungsrecht[10] Rz 1023 und 437). Diesfalls trifft den Antragsteller eine besondere Darlegungspflicht (vgl. etwa VfSlg. 15.116/1998, VfSlg. 12.634/1991 und 11.365/1987).

[…] Die Verordnungen BGBl. II Nr. 96/2020 und BGBl. II Nr. 98/2020 traten mit Ablauf des 30. April 2020 außer Kraft (vgl. § 13 Abs. 2 Z 1 und 2 der COVID-19 Lockerungsverordnung, BGBl. II Nr. 197/2020). Sie standen daher bereits im Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr in Kraft. Die Voraussetzung der aktuellen Betroffenheit muss aber auch bei Anträgen auf Feststellung der Gesetzwidrigkeit im Sinne des Art. 139 Abs 4 B-VG vorliegen (vgl. zu Art. 140 B-VG Rohregger in Korinek/Holoubek, Kommentar zum B-VG, Rz 43).

Die angefochtenen Bestimmungen der COVID-19-Lockerungsverordnung, BGBl. II Nr. 197/2020 standen zum Teil im Zeitpunkt der Antragstellung (s § 6 der Verordnung BGBl. II Nr. 197/2020, vgl. § 13 Abs. 3 der Verordnung BGBl. II Nr. 207/2020), zum Großteil jedenfalls auch im Zeitpunkt der Entscheidung des Verfassungsgerichtsgerichtshofs nicht mehr in Kraft bzw. wurden wesentlich geändert: So trat § 1 Abs. 2 der Verordnung BGBl. II Nr. 197/2020 mit BGBl. II Nr. 266/2020 außer Kraft, § 2 Abs. 1 wurde zunächst mit BGBl. II Nr. 246/2020 geändert und mit BGBl. II Nr. 266/2020 aufgehoben, § 2 Abs. 3 wurde zuletzt mit BGBl. II Nr. 266/2020 (im Hinblick auf die vom Antragsteller vorgebrachten Bedenken) wesentlich geändert. Auch § 8 der COVID-19-Lockerungsverordnung wurde bereits mehrfach wesentlich geändert (vgl. BGBl. II Nr. 207/2020, 231/2020 und insbesondere im Hinblick auf die vom Antragsteller vorgebrachten Bedenken BGBl. II Nr. 266/2020). Eben dies trifft auch auf die §§ 9 und 10 der Verordnung BGBl. II 197/2020 zu.

Auch die angefochtenen Bestimmungen der Verordnung BGBl. II Nr. 207/2020 stehen im Zeitpunkt der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs weitgehend nicht mehr in Kraft (vgl. die Änderungen des § 2 Abs. 3 durch BGBl. II Nr. 266/2020, die angefochtene Wortfolge in § 6 Abs. 8 ist mit BGBl. II Nr. 266/2020 entfallen; § 8 der Verordnung in der Fassung BGBl. II Nr. 207/2020 wurde ebenfalls bereits mehrfach geändert, insbesondere wurde die Verpflichtung zum Tragen eines Mundschutzes mit BGBl. II Nr. 266/2020 aufgehoben, § 9 Abs. 1a in der Fassung BGBl. II Nr. 207/2020 wurde mit BGBl. II Nr. 266/2020 wesentlich geändert, § 9 Abs. 1b ist mit BGBl. II Nr. 231/2020 entfallen).

Auch die angefochtene Wortfolge in § 8 Abs. 1 der Verordnung BGBl. II Nr. 197/2020 in der Fassung BGBl. II Nr. 231/2020 ist mit BGBl. II Nr. 266/2020 entfallen.

[…] In keinem dieser Fälle legt der Antragsteller im Sinne der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs dar, inwieweit er trotz des Außerkrafttretens der angefochtenen Bestimmungen noch unmittelbar davon betroffen ist. Der BMSGPK erachtet den Antrag daher als insoweit für unzulässig."

2.2. In der Sache bringt der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz u.a. Folgendes vor: 11

2.2.1. Zur Erforderlichkeit der Erlassung der COVID-19-Maßnahmenverordnung-96 iSd § 1 COVID-19-Maßnahmengesetz führt der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in seiner Äußerung im Verfahren zur Zahl V 405/2020, die zum Inhalt der Äußerung des vorliegenden Verfahrens erhoben und dieser beigelegt wurde, auszugsweise Folgendes aus (ohne Hervorhebungen im Original): 12

"Für die notwendiger Weise ex ante zu beurteilende Erforderlichkeit kommt es auf eine Gefährdungsprognose an (vgl. auch Kopetzki, Der Rechtsstaat funktioniert sehr gut, CuRe 2020/21). Die EU-Mitgliedstaaten werden bei ihrer Risikoeinschätzung und der damit einhergehenden Maßnahmenplanung vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) unterstützt. In die Risikobewertung des ECDC fließen verschiedene zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbare internationale Quellen mit ein; diese geben einen Überblick zum jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft hinsichtlich der Erforschung der Erkrankung als auch hinsichtlich der Optionen zur Maßnahmensetzung. Es ist zu betonen, dass die Situation eine dynamische ist und diese auf nationaler und internationaler Ebene ständig neu bewertet werden muss. Als Grundlage für die Maßnahmensetzung fließen neben Empfehlungen der WHO, der ECDC die Einschätzungen und Erkenntnisse der nationalen Expertinnen und Experten sowie die jeweils aktuelle Datenlage und Prognosen mit ein.

[…]

Nach dem erstmaligen Auftreten von COVID-19 in Österreich am 25. Februar 2020 kam es zu einem rasanten Anstieg der Krankheitsfälle: Während in der 10. Kalenderwoche (2. bis 8. März 2020) die Zahl der nachgewiesenen Neuerkrankungen mit durchschnittlich 17 pro Tag (in Summe 119 in dieser Woche) anstieg, waren es in der 11. Kalenderwoche (9. bis 15. März) durchschnittlich 140 pro Tag (in Summe 982), wobei alle Bundesländer betroffen waren und COVID-19 nicht mehr lokal eingrenzbar war. Somit nahm die Gesamtzahl der Erkrankten in dieser Woche täglich im Durchschnitt um 25 % zu. Eine derartige Zunahme bedeutet ein exponentielles Wachstum, bei dem sich die Fallzahlen in etwas mehr als drei Tagen verdoppeln. Auch weltweit gesehen waren die Wachstumsraten zu diesem Zeitpunkt in der EU am höchsten. Am 11. März 2020 wurde der

Ausbruch von COVID-19 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Pandemie eingestuft.

In der Risikobewertung des ECDC vom 12. März 2020 flossen insbesondere Daten und Erfahrungen aus anderen betroffenen Ländern ein. In China wurden damals in 80 % der Fälle milde bis moderate Verläufe registriert. In fast 14 % der Fälle kam es zu schweren Verläufen und 6 % aller Fälle mündeten in einem kritischen Zustand. Die Fallsterblichkeit lag für China bei 2,3 % und für Italien bei 2,8 %. Die höchste Fallsterblichkeit trat bei älteren Personen insbesondere in der Altersgruppe von über 80 Jahren auf. Besonders bei Personen mit Vorerkrankungen (Bluthochduck, Diabetes, Krebs etc.) wurden schwere Verläufe beobachtet. Kinder waren genauso gefährdet wie Erwachsene, sich anzustecken. Bei diesen wurden überwiegend milde Verläufe beobachtet. Das Risiko einer schweren Erkrankung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion für Menschen in der EU/im EWR und im Vereinigten Königreich wurde von dem ECDC für die allgemeine Bevölkerung als moderat und für ältere Erwachsene und Personen mit chronischen Grunderkrankungen als hoch angesehen. Darüber hinaus wurde das Risiko einer Überlastung der nationalen Gesundheitssysteme und das, mit der Übertragung von COVID-19 verbundene Risiko in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen mit großen gefährdeten Bevölkerungsgruppen als hoch eingestuft.

Das Robert Koch-Institut (Berlin) nimmt – ausgehend von mehreren verschiedenen Studien – bei einer ungehinderten Verbreitung von SARS-CoV-2 eine Basisreproduktionszahl von zwischen 2,4 und 3,3 an. Das bedeutet, dass von einem Fall durchschnittlich 2,4 bis 3,3 Zweitinfektionen ausgehen. Das bedeutet aber auch, dass bei einer Basisreproduktionszahl von ca. 3 ungefähr zwei Drittel aller Übertragungen verhindert werden müssen, um die Epidemie unter Kontrolle zu bringen.

Angesichts dieser Datenlage und der Risikoabschätzung der damaligen epidemiologischen Situation und Risikobewertung sowie der erwarteten Entwicklungen wurden durch das ECDC sowie die Experten im Beraterstab der Taskforce Corona beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz insbesondere Maßnahmen im Bereich des 'social distancing' (Minimierung körperlicher Kontakte, zeitlich später auch als 'physical distacing' bezeichnet; z.B. durch Absagen von Veranstaltungen, Schließen von Schulen, Einstellen von nicht notwendigen zwischenmenschlichen Kontakten und von Reisetätigkeiten) als erforderlich angesehen, um das exponentielle Fortschreiten der Pandemie einzubremsen und die reale Gefahr einer Überlastung des österreichischen Gesundheitssystems aufgrund der großen Anzahl der Erkrankten einerseits und der Infizierung des medizinischen und die krankenpflegerischen Personals zu verhindern.

Um der schnellen Ausbreitung der Erkrankung effektiv entgegenzuwirken, war daher die Verbreitung des Virus durch eine deutliche Reduzierung der Anzahl der zwischenmenschlichen Kontakte und die Einhaltung eines Abstandes von mindestens einem Meter bei nicht vermeidbaren Kontakten einzubremsen,

wobei dies aufgrund der bestehenden Ausbreitung von SARS-CoV-2 rasch, gleichzeitig und in ganz Österreich geschehen musste. Die Wirksamkeit von 'social distancing' ist nämlich am größten, wenn gleich zu Beginn der Pandemie eine deutliche Verminderung der Kontakte erfolgt.

[…] Aufgrund dieser Gefährdungsprognose war es geboten, entsprechende flächendeckende Maßnahmen zu treffen. Eine dramatische Reduktion der Sozialkontakte war das einzig taugliche Mittel zur Verhinderung der Ausbreitung von COVID-19 im Sinne des § 1 COVID-19-Maßnahmengesetz. Die vom Antragsteller genannten gelinderen Mittel (wie Schutz der gefährdeten Personen, alter, kranker und immunschwacher Menschen) wären zur Erreichung des Ziels nicht geeignet gewesen: Die lange Inkubationszeit, der oft unbemerkte Verlauf bei unverminderter Überträgereigenschaft, die große Risikogruppe, schwere Verläufe auch bei vermeintlich Nicht-Risikogruppen, die exponentielle Verbreitung und die leichte Übertragbarkeit schlossen zum Zeitpunkt der Verordnungserlassung partielle Maßnahmen aus. Da COVID-19 nicht mehr auf einzelne Regionen beschränkt war, waren österreichweite Maßnahmen erforderlich. Nur eine drastische Reduktion der sozialen Kontakte in Form der erlassenen Betretungsverbote konnten im Zeitpunkt der Verordnungserlassung eine unkontrollierte Ausbreitung mit einer damit einhergehenden Überlastung des Gesundheitssystems verhindern […].

[…] Vor diesem Hintergrund normierte die Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 weitreichende Betretungsverbote für Betriebsstätten von Waren- und Dienstleistungsunternehmen auf der Grundlage des § 1 COVID-19-Maßnahmengesetz. Gemäß § 2 Abs. 1 der Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 waren vom allgemeinen Betretungsverbot Bereiche ausgenommen, die der Aufrechterhaltung der Grundversorgung dienen. § 3 der Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 untersagte das Betreten von Betriebsstätten sämtlicher Betriebsarten der Gastgewerbe, wobei § 3 Abs. 2 bis Abs. 5 (mit BGBl. II Nr. 130/2020 auch Abs. 6) Ausnahmen vorsah.

[…] Die gewählte Regelungstechnik eines zeitlich befristeten, umfassenden Verbots mit Ausnahmen gewährleistete dabei unter dem Blickwinkel der Verhältnismäßigkeit (vgl. § 1 COVID-19-Maßnahmengesetz: 'soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 erforderlich ist') eine kontinuierliche Überprüfung der Erforderlichkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung der epidemiologischen Entwicklungen und etwaiger neuer Erkenntnisse über die Krankheit: So wurde die Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 zunächst mit einer Woche befristet (§ 4 Abs. 3), mit der Verordnung BGBl. II Nr. 110/2020 wurde die Geltungsdauer unter Berücksichtigung des weiteren Infektionsanstiegs bis 13. April 2020 verlängert. Mit BGBl. II Nr. 151/2020 wurde die Befristung bis 30. April 2020 verlängert, wobei erste Lockerungen der Betretungsverbote (im Sinne weiterer Ausnahmen) mit 14. April 2020 erfolgten. Die jeweiligen Maßnahmen erfolgten unter ständiger Beobachtung der epidemiologischen Situation und ermöglichten eine stets angemessene, schrittweise Reaktion auf die tatsächlichen Verhältnisse. So konnte eine stete Abwägung der Gefahren für Leben und Gesundheit mit den entgegenstehenden Grundrechtspositionen vorgenommen

werden, entsprechende Einschränkungen konnten auf das unbedingt erforderliche Maß reduziert werden.

[…] Nach Ansicht des BMSGPK steht die Erforderlichkeit der Erlassung der Verordnung außer Frage."

2.2.2. Zur Erforderlichkeit der Erlassung der COVID-19-Maßnahmenverordnung-98 iSd § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz nahm der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Verfahren zur Zahl V 393/2020 im Wesentlichen – unter entsprechender Bezugnahme auf die COVID-19-Maßnahmenverordnung-98 und § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz – inhaltsgleich Stellung. Auch diese Äußerung wurde zum Inhalt der Äußerung des vorliegenden Verfahrens erhoben und dieser beigelegt. 13

2.2.3. Zur COVID-19-Lockerungsverordnung (BGBl. II 197/2020) und zur Verordnung BGBl. II 207/2020 bringt der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in den zu den Zahlen V 429/2020 und V 434/2020 erstatteten Äußerungen, die ebenfalls zum Inhalt der Äußerung des vorliegenden Verfahrens erhoben und dieser beigelegt wurden, zusammengefasst im Wesentlichen inhaltsgleich vor, dass die COVID-19-Lockerungsverordnung und ihre Novelle BGBl. II 207/2020, ebenso wie sämtliche "Lockerungen" der COVID-19-Maßnahmenverordnung-96 unter Berücksichtigung der "epidemiologischen Situation und Risikobewertung" vorgenommen worden seien. Zu rasche "Lockerungen" der Maßnahmen seien "zu diesem Zeitpunkt weiterhin als zu früh" eingestuft worden. Im Zeitpunkt der Verordnungserlassung sei die Risikobewertung des ECDC vom 23. April 2020 aufrecht gewesen. Darin sei festgehalten worden, dass "die strengen Maßnahmen wie physical distancing und Ausgangssperren gravierende gesellschaftliche Auswirkungen (ökonomisch und sozial) mit sich bringen, weshalb ein vernünftiger Zugang wichtig sei, die Maßnahmen zu lockern". Ein "zu schnelles Aufheben der Maßnahmen ohne ein angemessenes Monitoring- und Gesundheitssystem" könne jedoch eine anhaltende Übertragung begünstigen. ECDC habe in dieser Risikobewertung darauf hingewiesen, dass "die Auswirkungen von Veränderungen der Maßnahmen frühestens nach zwei bis vier Wochen im epidemiologischen Monitoring sichtbar werden". Vor diesem Hintergrund sei schrittweise vorzugehen und die jeweiligen Auswirkungen der getroffenen "Lockerungen" im epidemiologischen Monitoring genau zu beobachten gewesen. 14

Mit dem empfohlenen Vorgehen in zweiwöchigen Schritten "sei einerseits dem wichtigen öffentlichen Interesse des Gesundheitsschutzes Rechnung getragen und andererseits ein gerechter Ausgleich mit den entgegenstehenden Grundrechten" geschaffen worden.

2.2.4. In Bezug auf die Erforderlichkeit des Mund-Nasenschutzes führt der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in seiner Äußerung im Verfahren zur Zahl V 405/2020, die zum Inhalt der Äußerung des vorliegenden Verfahrens erhoben und dieser beigelegt wurde, u.a. in Bezug auf § 2 Abs. 5 COVID-19-Maßnahmenverordnung-96 idF BGBl. II 151/2020, aus, dass zum Zeitpunkt der Erlassung der Verordnung BGBl. II 151/2020 "eine klare wissenschaftliche Evidenz im Hinblick auf die Effektivität dieser Maßnahme (insbesondere im Sinne eines Fremdschutzes) als einer von mehreren Bausteinen des Infektionsschutzes" vorgelegen habe (Hinweis auf Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts) und Studien "die Gefahr eines zweiten unkontrollierten Infektionsanstiegs bei schrittweiser Rücknahme der Betretungsverbote ohne diese Maßnahme" untermauern würden (Hinweis auf die herangezogenen Studien). Im Zuge der erforderlichen Verhältnismäßigkeitsprüfung sei "die Maßnahme des verpflichtenden Mund-Nasenschutzes auch in direkter Relation zur schrittweisen Rücknahme der Beschränkungen zu sehen: In dem Maß, in dem soziale Kontakte erhöht werden können, [müsse] durch andere Maßnahmen sichergestellt sein, dass das Ziel der Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 nicht unterlaufen [werde]". Die Maßnahme stelle sich "als geeignetes Mittel zur Zielerreichung dar (insbesondere werde die Verbreitung von COVID-19 auf Seiten potenzieller 'Ausscheider' vermindert) und [sei] verhältnismäßig: Das Gewicht des damit verfolgten Gesundheitsschutzes [sei] ungleich höher als der damit bewirkte Eingriff insbesondere in Art. 8 EMRK". Im Vergleich mit den sonstigen Alternativen der Kontaktreduktion stelle sich eine Verpflichtung zum Tragen von Mund-Nasenschutz als gelindestes Mittel dar. 15

2.2.5. In der im vorliegenden Verfahren erstatteten Äußerung bringt der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in Bezug auf die Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes zudem Folgendes vor (ohne Hervorhebungen im Original): 16

"[…] Der Antragsteller sieht sich darüber hinaus durch die Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes in § 2 Abs. 5 der Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 im Grundrecht auf Menschenwürde gemäß Art. 1 GRC und Art. 3 EMRK verletzt.

[…] Wie der Antragsteller selbst zutreffend erkennt, kommt im vorliegenden Fall Art. 1 GRC nicht zur Anwendung: Weder dient die auf der Grundlage des § 1 COVID-19-Maßnahmengesetz erlassene Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 der Durchführung des Unionsrechts im Sinne des Art. 51 GRC, noch liegt sonst ein Sachverhalt mit Unionsrechtsbezug vor.

[…] Im österreichischen Grundrechtekatalog findet die Menschenwürde keine ausdrückliche und umfassende Verbürgung. Vielmehr sind verschiedene Aspekte der Menschenwürde im Ergebnis durch andere verfassungsgesetzlich gewährleistete Rechte geschützt (vgl. statt vieler Berka/Binder/Kneihs, Grundrechte² [2020] 291). Soweit sich der Antragsteller auf Art. 3 EMRK beruft, ist ihm zu entgegnen, dass die Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes nach Ansicht des BMSGPK nicht das für eine Qualifikation als erniedrigende Behandlung erforderliche Gewicht erreicht:

Auch wenn das Tragen des Mund-Nasenschutzes beim Antragsteller subjektiv seelisches Unbehagen, Pein und Minderwertigkeitsgefühle auslösen mag, fehlt es der im Rahmen des seuchenrechtlichen Auftrags der Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 normierten, zeitlich befristeten Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes am Element der Demütigung (vgl. dazu Grabenwarter/Pabel, EMRK⁶ [2016] Rz 48). In der aus epidemiologischen Gründen notwendigen Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes kommt weder eine im Sinne der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs die Menschenwürde beeinträchtigende gröbliche Missachtung des Betroffenen zum Ausdruck (statt vieler VfSlg. 8146/1977), noch ist sie mit den der Rechtsprechung des EGMR zu Art. 3 EMRK zugrundeliegenden Fällen vergleichbar (dazu nur Grabenwarter/Pabel, EMRK⁶ Rz 48 ff). Die behauptete Grundrechtsverletzung liegt daher nicht vor."

2.2.6. In der Äußerung zu V 434/2020, die ebenfalls zum Inhalt der Äußerung des vorliegenden Verfahrens erhoben und dieser beigelegt wurde, geht der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz u.a. auf Abstandsregeln und den verpflichtenden Mund-Nasenschutz in bestimmten Situationen ein und führt aus, dass diese "in Relation zur Erhöhung der Mobilität im öffentlichen Raum" stünden, die mit der Verordnung BGBl. II 197/2020 und der Novelle BGBl. II 207/2020 einhergegangen sei. Die Verdichtung sozialer Kontakte habe iSd gebotenen schrittweisen Vorgehens zumindest "die Beibehaltung der (im Vergleich zu den zurückgenommenen Beschränkungen) 17

wesentlich weniger eingreifenden Schutzmaßnahmen der Abstands- und Mund-Nasenschutzpflicht" erfordert. Hinsichtlich der Geeignetheit dieser Maßnahmen für die Erreichung des Ziels der Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 verweist der Bundesminister auf die umfangreiche Datenlage und die der Äußerung beigelegten Studien. Er bringt weiters vor, dass es "[n]ach Maßgabe des gebotenen schrittweisen Vorgehens […] im Zeitpunkt der Erlassung der Verordnung BGBl. II Nr. 207/2020 keine gelinderen Mittel zur Zielerreichung" gegeben habe und zu beachten sei, dass die "Abstandspflicht und die Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes mehrere ineinandergreifende Komponenten des Gesundheitsschutzes [seien], die in ihrer Gesamtheit zu betrachten [seien]". In der Äußerung heißt es weiters wie folgt:

"[…] Abgesehen von der zeitlichen Befristung ist im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung zudem zu beachten, dass die Verordnung BGBl. II Nr. 197/2020 in der Fassung BGBl. II Nr. 207/2020 unter bestimmten Voraussetzungen ein Abweichen von den Verpflichtungen zum Abstandhalten und zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes erlaubt (vgl. § 2 Abs. 1 Z 3, § 2 Abs. 2, § 3 Abs. 3, § 5 Abs. 3)."

3. Die Bundesregierung hat eine Äußerung erstattet, in der sie u.a. der Zulässigkeit der Anfechtung des COVID-19-Maßnahmengesetzes wie folgt entgegentritt (ohne Hervorhebungen im Original): 18

"[…] Allgemeines:

Die Bedenken des Antragstellers entsprechen zum Teil jenen, die die Antragsteller in den Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof G 180/2020, G 195/2020 und G 259/2020 vorbringen. Die Bundesregierung erhebt daher ihre Äußerungen, die sie in den Verfahren G 180/2020, G 195/2020 erstattet hat und im Verfahren G 259/2020 erstattet, – sowohl hinsichtlich der Zulässigkeit als auch der Ausführungen in der Sache – zur Gänze als Beilagen zum Inhalt ihrer Äußerung im gegenständlichen Verfahren. Ergänzend wird Folgendes vorgebracht:

[…] Zur Zulässigkeit:

[…] Gemäß § 15 Abs. 2 VfGG hat ein an den Verfassungsgerichtshof gerichteter Antrag die Bezugnahme auf jenen Artikel des B-VG, auf Grund dessen der Verfassungsgerichtshof angerufen wird, zu enthalten. Das Fehlen dieses Erfordernisses stellt keinen verbesserungsfähigen Formmangel, sondern einen inhaltlichen Fehler dar (vgl. VfSlg. 16.092/2001; VfGH 11.12.2013, G 63/2013 jeweils mwN).

[…] Der Antragsteller stützt seinen Antrag auf Art. 139 B-VG, der nicht Grundlage für die Anfechtung von Gesetzen, sondern von Verordnungen ist. Der Antragsteller führt lediglich an einer Stelle aus, dass eine gesetzliche Verordnungsermächtigung 'grundsätzlich nicht nach Art 140 Abs. 1 Z. 1 lit. c) B-VG angefochten werden kann', nimmt jedoch in der Folge an keiner Stelle seines Antrages dergestalt auf Art. 140 B-VG Bezug, sodass der gegenständliche Antrag auch als Gesetzesprüfungsantrag angesehen werden könnte.

[…] Nach Auffassung der Bundesregierung erweist sich daher der Antrag auch aus diesem Grund zur Gänze als unzulässig.

[…] Des Weiteren begehrt der Antragsteller mit seinem Antrag die Aufhebung des gesamten COVID-19-Maßnahmengesetzes; seine verfassungsrechtlichen Bedenken richten sich jedoch ausschließlich – ausdrücklich – gegen die Verordnungsermächtigungen der §§ 1 und 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes und – der Sache nach – gegen § 4 Abs. 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes.

[…] Der Antragsteller bringt keine Bedenken gegen die übrigen Bestimmungen des COVID-19-Maßnahmengesetzes vor und legt auch nicht dar, dass diese mit §§ 1 und 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes in untrennbarem Zusammenhang stünden. Ein solcher untrennbaren Zusammenhang (nämlich jedenfalls in Bezug auf die §§ 2a und 3 – soweit er sich nicht auf § 1 bezieht –, § 4 Abs. 1, 1a, 3, 4 und 5 sowie § 5 des COVID-19-Maßnahmengesetzes) ist nach Auffassung der Bundesregierung auch nicht gegeben.

[…] Die Bundesregierung vertritt daher die Ansicht, dass der Antrag auch aus diesem Grund unzulässig ist.

[…] Des Weiteren bringt der Antragsteller vor, dass die Beschränkung des Kindergartenbesuchs seiner Tochter bei dieser psychische Beeinträchtigungen verursacht hätte. Darüber hinaus seien durch den eingestellten Flugverkehr und geschlossene Grenzen seine Urlaubs- und Freizeitgestaltung frustriert bzw. eingeschränkt worden. Überdies sei auch durch die Absage zahlreicher Gerichtsverhandlungen seine berufliche Tätigkeit als Rechtsanwalt beeinträchtigt worden.

[…] Diese Einschränkungen, die der Antragsteller als verfassungswidrig erachtet, werden jedoch durch keine der angefochtenen Bestimmungen angeordnet:

[…] Der Kindergartenbetrieb war nicht Gegenstand des COVID-19-Maßnahmengesetzes (bzw. der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen), sondern der jeweiligen Verordnungen der Bezirksverwaltungsbehörde, die diese auf der Grundlage des § 18 des Epidemiegesetzes 1950 erlassen hat (welcher vom Antragsteller jedoch nicht angefochten wurde).

[…] Das COVID-19-Maßnahmengesetz ermächtigt auch nicht, die Ein- und Ausreise in das bzw. aus dem Bundesgebiet zu regeln. Regelungsgegenstand des § 1

des COVID-19-Maßnahmengesetzes ist das Betreten von Betriebsstätten oder nur bestimmten Betriebsstätten zum Zweck des Erwerbs von Waren und Dienstleistungen oder Arbeitsorten im Sinne des § 2 Abs. 3 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes. § 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes ermächtigt zwar zur Erlassung von Betretungsverboten hinsichtlich 'bestimmter Orte'. Dass es sich dabei nur um bestimmte Orte im Bundesgebiet, nicht aber auch im Ausland, handelt, ergibt sich schon aus dem Fehlen einer ausdrücklichen Anordnung, die auf Grund des Art. 49 Abs. 1 B-VG jedoch erforderlich wäre.

[…] Wie schließlich der Antragsteller selbst zutreffend ausführt, waren Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Rechtspflege stets von den Betretungsverboten des § 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes iVm. der Verordnung BGBl. II Nr. 96/2020 ausgenommen (vgl. § 2 Abs. 1 Z 15 dieser Verordnung). Auch die 'Abberaumung' von Gerichtsverhandlungen ist nicht auf die auf Grund der §§ 1 und 2 des COVID-19-Maßnahmengesetzes erlassenen Verordnungen zurückzuführen, sondern auf die Anordnungen des Bundesgesetzes betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 in der Justiz, BGBl. I Nr. 16/2020.

[…] Nach Auffassung der Bundesregierung ist daher der Antrag in Bezug auf diese Bedenken unzulässig.

[…] Mit seinem 'Eventualantrag' begehrt der Antragsteller überdies, der Verfassungsgerichtshof möge ein amtswegiges Gesetzesprüfungsverfahren gemäß Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit. b B-VG einleiten. Hierzu genügt es darauf hinzuweisen, dass ein solches amtswegiges Verfahren nach Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit. b B-VG voraussetzungsgemäß nicht auf Antrag eingeleitet werden kann. Der 'Eventualantrag' ist daher ebenso unzulässig."

IV. Erwägungen

1. Zur Zulässigkeit des Antrages

1.1. Gemäß Art. 139 Abs. 1 Z 3 und Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit. c B-VG erkennt der Verfassungsgerichtshof über die Gesetzwidrigkeit von Verordnungen und die Verfassungswidrigkeit von Gesetzen auf Antrag einer Person, die unmittelbar durch diese Verfassungswidrigkeit bzw. Gesetzwidrigkeit in ihren Rechten verletzt zu sein behauptet, wenn das Gesetz bzw. die Verordnung ohne Fällung einer gerichtlichen Entscheidung oder ohne Erlassung eines Bescheides für diese Person wirksam geworden ist. Wie der Verfassungsgerichtshof in seiner mit VfSlg. 8009/1977 und 8058/1977 beginnenden ständigen Rechtsprechung ausgeführt hat, ist daher grundlegende Voraussetzung für die Antragslegitimation, dass das Gesetz bzw. die Verordnung in die Rechtssphäre der betroffenen Person 19

unmittelbar eingreift und sie – im Falle seiner Verfassungswidrigkeit bzw. ihrer Gesetzwidrigkeit – verletzt. Hiebei hat der Verfassungsgerichtshof vom Antragsvorbringen auszugehen und lediglich zu prüfen, ob die vom Antragsteller ins Treffen geführten Wirkungen solche sind, wie sie Art. 139 Abs. 1 Z 3 und Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit c B-VG als Voraussetzung für die Antragslegitimation fordert (vgl. zB VfSlg. 10.353/1985, 15.306/1998, 16.890/2003).

1.2. Zu den Verordnungen BGBl. II 96/2020 und BGBl. II 98/2020 20

1.2.1. Mit seinem zweiten und dritten Antrag wendet sich der Antragsteller gegen die COVID-19-Maßnahmenverordnung-96, BGBl. II 96/2020, und gegen die COVID-19-Maßnahmenverordnung-98, BGBl. II 98/2020, jeweils in der Stammfassung und begehrt die Feststellung, dass diese Verordnungen jeweils "ihrem gesamten Inhalt nach verfassungswidrig" waren. 21

1.2.2. Nach § 57 Abs. 1 VfGG muss der Antrag, eine Verordnung als gesetzwidrig aufzuheben, begehren, dass entweder die Verordnung ihrem ganzen Inhalte nach oder dass bestimmte Stellen der Verordnung als gesetzwidrig aufgehoben werden. Ein Antrag, der sich gegen den ganzen Inhalt einer Verordnung richtet, muss die Bedenken gegen die Gesetzmäßigkeit aller Bestimmungen der Verordnung "im Einzelnen" darlegen und dartun, inwieweit alle angefochtenen Verordnungsregelungen unmittelbar und aktuell in die Rechtssphäre des Antragstellers eingreifen. Bei der Prüfung der aktuellen Betroffenheit hat der Verfassungsgerichtshof vom Antragsvorbringen auszugehen und lediglich zu untersuchen, ob die vom Antragsteller ins Treffen geführten Wirkungen solche sind, wie sie Art. 139 Abs. 1 Z 3 B-VG als Voraussetzung für die Antragslegitimation fordert (vgl. zB VfSlg. 10.353/1985, 14.277/1995, 15.306/1998, 16.890/2003, 18.357/2008, 19.919/2014, 19.971/2015). Anträge, die dem Erfordernis des § 57 Abs. 1 VfGG nicht entsprechen, sind nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs (vgl. VfSlg. 14.320/1995, 14.526/1996, 15.977/2000, 18.235/2007) nicht im Sinne von § 18 VfGG verbesserungsfähig, sondern als unzulässig zurückzuweisen (vgl. etwa VfSlg. 12.797/1991, 13.717/1994, 17.111/2004, 18.187/2007, 19.505/2011, 19.721/2012). 22

1.2.3. Die beiden angefochtenen Verordnungen enthielten jeweils unterschiedliche, voneinander trennbare Verbotstatbestände. Der Antragsteller hat in seinem Antrag nicht konkret dargetan, inwiefern er von sämtlichen Tatbeständen der angefochtenen Verordnungen unmittelbar und aktuell betroffen war, so etwa auch, inwiefern er im Geltungszeitraum konkret beabsichtigt hat, einen Gastgewerbebetrieb (vgl. § 3 der angefochtenen COVID-19-Maßnahmenverordnung-96) zu betreten oder ein – verkehrendes – Massenbeförderungsmittel (vgl. § 3 der angefochtenen COVID-19-Maßnahmenverordnung-98) zu benutzen (vgl. etwa VfSlg. 13.239/1992, 15.144/1998, 15.224/1998; VfGH 5.3.2014, V 8/2014). Das Erfordernis solcher Darlegungen durch den Antragsteller besteht auch dann, wenn bestimmte Annahmen im Hinblick auf die sonst geschilderte Situation naheliegen mögen (vgl. VfSlg. 14.309/1995, 14.817/1997, 19.613/2011). 23

1.2.4. Da es sich bei diesem Mangel um kein behebbares Formgebrechen, sondern ein Prozesshindernis handelt (vgl. § 18 VfGG und die oben zitierte Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes), sind der zweite und der dritte Antrag auf Aufhebung der COVID-19-Maßnahmenverordnung-96 und der COVID-19-Maßnahmenverordnung-98 jeweils zur Gänze – schon aus diesem Grund – als unzulässig zurückzuweisen. 24

1.3. Zu den Verordnungen BGBl. II 207/2020 und BGBl. II 231/2020 25

1.3.1. Mit seinem fünften und sechsten Antrag wendet sich der Antragsteller gegen die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird, BGBl. II 207/2020, sowie gegen die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Lockerungsverordnung geändert wird (2. COVID-19-LV-Novelle), BGBl. II 231/2020, und begehrt die Aufhebung näher bezeichneter Ziffern, vereinzelt auch nur näher bezeichneter Wortfolgen in einzelnen Ziffern, dieser Novellierungsverordnungen als verfassungswidrig. 26

1.3.2. Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist die Anfechtung einer Novellierungsanordnung nur dann zulässig, wenn eine Bestimmung durch die betreffende Novelle aufgehoben worden ist und sich das Beden- 27

ken gegen diese Aufhebung richtet, die Gesetzes- oder Verfassungswidrigkeit also auf keinem anderen Wege beseitigt werden kann (vgl. zB VfSlg. 19.658/2012 und 20.213/2017 sowie zuletzt VfGH 12.6.2019, G 34/2019 ua.; 13.12.2019, G 67/2019 ua.).

1.3.3. Da die mit dem fünften und sechsten Antrag angefochtenen Ziffern (teilweise auch nur Textfolgen in Ziffern) der Verordnungen BGBl. II 207/2020 und BGBl. II 231/2020 lediglich Novellierungsanordnungen enthalten, die sich nicht bloß in der Aufhebung bestehender Bestimmungen erschöpfen, sind diese Anträge – schon aus diesem Grund – als unzulässig zurückzuweisen. 28

1.4. Zur COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung BGBl. II 197/2020 29

1.4.1. Mit seinem vierten Antrag wendet sich der Antragsteller gegen § 1 Abs. 2 und 3, § 2 Abs. 1 Z 2, § 2 Abs. 3, § 6, § 8, § 9 und § 10 der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend Lockerungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Verbreitung von COVID-19 ergriffen wurden, BGBl. II Nr. 197/2020, und begehrt deren Aufhebung als verfassungswidrig. Der Antrag bezieht sich demnach auf die Stammfassung der COVID-19-Lockerungsverordnung. 30

1.4.2. Wie bereits vorhin festgehalten, ergibt sich aus dem Wortlaut des Art. 139 Abs. 1 Z 3 B-VG ("verletzt zu sein behauptet"), dass angefochtene Verordnungsbestimmungen zum Zeitpunkt der Antragstellung tatsächlich unmittelbar in die Rechtssphäre des Antragstellers nachteilig eingreifen müssen (siehe zuletzt VfGH 14.7.2020, V 411/2020, und VfGH 14.7.2020, V 363/2020, mwN der Rechtsprechung). 31

§ 2 Abs. 1 Z 2, § 2 Abs. 3, § 6, § 8, § 9 und § 10 der COVID-19-Lockerungsverordnung in der angefochtenen Stammfassung BGBl. II Nr. 197/2020 gehörten infolge von Novellierungen im Zeitpunkt der Antragstellung (10. Juni 2020) nicht mehr dem geltenden Rechtsbestand an: § 2 Abs. 1 Z 2 COVID-19-Lockerungsverordnung wurde mit Z 1 der 4. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 246/2020, mit Wirkung vom 30. Mai 2020 die Einschränkung angefügt: "Dies gilt nicht im Freien." § 2 Abs. 3 COVID-19-Lockerungsverordnung wurde mit Z 1 BGBl. II 207/2020 mit Wirkung vom 15. Mai 2020 neu gefasst. § 6 COVID-19-Lockerungs- 32

verordnung wurde mit Z 6 BGBl. II 207/2020 mit Wirkung vom 15. Mai 2020 neu gefasst. § 8 COVID-19-Lockerungsverordnung wurde mit Z 11 BGBl. II 207/2020 mit Wirkung vom 15. Mai 2020 neu gefasst. § 9 COVID-19-Lockerungsverordnung wurde durch die Z 12 bis Z 17 BGBl. II 207/2020 mit Wirkung vom 15. Mai 2020 novelliert und mit Z 14 der 2. COVID-19-LV-Novelle mit Wirkung vom 29. Mai 2020 neu gefasst. § 10 COVID-19-Lockerungsverordnung wurde durch die Z 18 bis 24 BGBl. II 207/2020 mit Wirkung vom 15. Mai 2020 novelliert und mit Z 15 der 2. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 231/2020, mit Wirkung vom 29. Mai 2020 neu gefasst. Die Anfechtung dieser Bestimmungen der COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung erweist sich daher – schon aus diesem Grund – als unzulässig und ist daher zurückzuweisen, zumal der Antragsteller auch nicht das Vorliegen einer besonderen Konstellation dargelegt hat, in der die Zulässigkeit ihrer Anfechtung im Interesse des Rechtsschutzes dennoch geboten wäre.

1.4.3. Hingegen stand der weiterhin angefochtene § 1 Abs. 2 und 3 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung im Zeitpunkt der Antragstellung noch in Geltung (§ 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung wurde erst mit Z 2 der 5. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 266/2020, mit Wirkung vom 15. Juni 2020 aufgehoben. § 1 Abs. 3 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung erhielt mit Z 1 der 6. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 287/2020, mit Wirkung vom 1. Juli 2020 die Absatzbezeichnung "(2)" und gehört – nunmehr als § 1 unter der Überschrift "Massenbeförderungsmittel" [vgl. Z 1 bis Z 3 der 9. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 342/2020] – weiter dem Rechtsbestand an). 33

1.4.3.1. Gemäß § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung war im Zeitpunkt der Antragstellung beim Betreten öffentlicher Orte in geschlossenen Räumen gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen. Eine ähnliche Regelung enthielt § 1 Abs. 3 COVID-19-Lockerungsverordnung in der im Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Fassung für "Massenbeförderungsmittel". 34

1.4.3.2. Nach § 57 Abs. 1 VfGG muss der Antrag, eine Verordnung zur Gänze oder in Teilen als gesetzwidrig aufzuheben, die Bedenken gegen die Gesetzmäßigkeit 35

der angefochtenen Bestimmungen der Verordnung "im Einzelnen" darlegen und dartun, inwieweit alle angefochtenen Verordnungsregelungen unmittelbar und aktuell in die Rechtssphäre des Antragstellers eingreifen. Bei der Prüfung der aktuellen Betroffenheit hat der Verfassungsgerichtshof vom Antragsvorbringen auszugehen und lediglich zu untersuchen, ob die vom Antragsteller ins Treffen geführten Wirkungen solche sind, wie sie Art. 139 Abs. 1 Z 3 B-VG als Voraussetzung für die Antragslegitimation fordert (vgl. zB VfSlg. 10.353/1985, 14.277/1995, 15.306/1998, 16.890/2003, 18.357/2008, 19.919/2014, 19.971/2015). Anträge, die dem Erfordernis des § 57 Abs. 1 VfGG nicht entsprechen, sind nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs (vgl. VfSlg. 14.320/1995, 14.526/1996, 15.977/2000, 18.235/2007) nicht im Sinne von § 18 VfGG verbesserungsfähig, sondern als unzulässig zurückzuweisen (vgl. etwa VfSlg. 12.797/1991, 13.717/1994, 17.111/2004, 18.187/2007, 19.505/2011, 19.721/2012).

1.4.3.3. Der Antragsteller hat zu seiner Antragslegitimation, konkret zu seiner "aktuelle[n] und unmittelbare[n] Betroffenheit", Ausführungen u.a. zur Kindergartensituation seiner Tochter, zu seiner "[p]ersönliche[n]/berufliche[n] Mobilität" (allerdings nur bezogen auf die COVID-19-Maßnahmenverordnung-96 und die COVID-19-Maßnahmenverordnung-98), zu seinen "[b]erufliche[n] Umsatzeinbuße[n]", zu seiner "[f]rustrierte[n] Erholungs-/Urlaubsplanung", zur "[m]assive[n] Einschränkung der sportlichen Betätigung", zur "Religionsfreiheit" und zur "Freizeitgestaltung" gemacht (siehe das Vorbringen im Wortlaut oben III.1.). Der Antragsteller hat jedoch an keiner Stelle vorgebracht, im Antragszeitraum – verkehrende – Massenbeförderungsmittel zu benutzen oder zu benutzen zu beabsichtigen. Der Antrag auf Aufhebung von § 1 Abs. 3 COVID-19-Lockerungsverordnung betreffend Abstandspflicht und Mund-Nasenschutzpflicht in "Massenbeförderungsmitteln" ist daher mangels konkreter Darlegung seiner unmittelbaren Betroffenheit unzulässig. 36

Unter dem Titel "Persönliche Freiheit der Selbstbestimmung" führt der Antragsteller aus, auf Grund "der behördlich auferlegten Pflicht in öffentlich zugänglichen Gebäuden (zB beim Einkaufen, bei Gericht, Behörden etc.) Nasen-Mund-Schutz-Masken tragen zu müssen", werde die "persönliche Freiheit des Beschwerdeführers, sich kleiden zu wollen und selbst bestimmen zu können, was er tragen und nicht tragen möchte, immens eingeschränkt". 37

Damit hat der Antragsteller, der insbesondere auch dargelegt hat, Rechtsanwalt zu sein und u.a. – wenn auch in erheblich vermindertem Maß – Gerichtsgebäude betreten zu müssen, noch hinreichend konkret dargetan, durch die Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung beim Betreten öffentlicher Orte in geschlossenen Räumen nach § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in seiner Rechtssphäre betroffen zu sein. 38

Entgegen der Auffassung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist in einer Konstellation wie der vorliegenden der Antrag auch nicht deswegen mangels aktueller Betroffenheit unzulässig, weil die angefochtene Bestimmung des § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung im Zeitpunkt der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes bereits außer Kraft getreten ist (vgl. VfGH 14.7.2020, V 363/2020, und VfGH 14.7.2020, V 411/2020, mit näherer Begründung). 39

Da auch sonst keine Prozesshindernisse hervorgekommen sind, erweist sich der Antrag auf Aufhebung von § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung BGBl. II 197/2020 als zulässig, soweit er sich auf die Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung bezieht. 40

1.5. Zum COVID-19-Maßnahmengesetz 41

1.5.1. Mit seinem ersten Antrag begehrt der Antragsteller ferner, das COVID-19-Maßnahmengesetz, BGBl. I 12/2020, seinem gesamten Inhalt nach als verfassungswidrig aufzuheben, und regt – in eventu – eine amtswegige Prüfung dieses Gesetzes durch den Verfassungsgerichtshof an. 42

1.5.2. Dieser auf die Stammfassung des COVID-19-Maßnahmengesetzes bezogene Antrag ist schon deshalb unzulässig und daher zurückzuweisen, weil das COVID-19-Maßnahmengesetz im Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr in der Stammfassung, sondern in der Fassung der Novellen BGBl. I 16/2020 und BGBl. I 23/2020 in Geltung stand. 43

2. In der Sache

2.1. Der Verfassungsgerichtshof hat sich in einem auf Antrag eingeleiteten Verfahren zur Prüfung der Gesetzmäßigkeit einer Verordnung gemäß Art. 139 B-VG auf die Erörterung der geltend gemachten Bedenken zu beschränken (vgl. VfSlg. 11.580/1987, 14.044/1995, 16.674/2002). Er hat sohin ausschließlich zu beurteilen, ob die angefochtene Bestimmung aus den in der Begründung des Antrages dargelegten Gründen gesetzwidrig ist (VfSlg. 15.644/1999, 17.222/2004). 44

2.2. Vorweg ist festzuhalten, dass sich der Verfassungsgerichtshof – ungeachtet der Anregung des Antragstellers – nicht veranlasst sieht, aus Anlass der Behandlung des vorliegenden Antrags von Amts wegen eine Verfahren zur Prüfung der präjudiziellen §§ 1 und 2 COVID-19-Maßnahmengesetz einzuleiten (siehe zur Verfassungskonformität dieser Bestimmungen VfGH 14.7.2020, V 363/2020, und VfGH 14.7.2020, V 411/2020). 45

2.3. Der Antrag auf Aufhebung von § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverodnung in der Stammfassung BGBl. II 197/2020 ist jedoch begründet: 46

2.4. Der Antragsteller bringt auf das Wesentliche zusammengefasst vor, die durch § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung angeordnete Pflicht zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes greife in zahlreiche Grundrechte ein. Es fehle aber eine gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Basis, die zeige, dass COVID-19 tatsächlich eine Krankheit von "bisher nicht gekannte[r] Gefährlichkeit" sei. Die "Anlassgesetzgebung" und die darauf basierenden Verordnungen seien daher nicht gerechtfertigt. Die Mund-Nasenschutzmaske sei "nicht einmal im Entferntesten" geeignet, die Ausbreitung von COVID-19 "aufzuhalten". Im "Vorfeld der Gesetz- und Verordnungserlassungen, die letztlich zum 'Lockdown' der gesamten österreichischen Gesellschaft und Wirtschaft geführt haben", sei eine wissenschaftliche Diskussion geführt worden, bei der es "weitaus gewichtigere und überzeugendere Argumente gegeben hat, die gegen die Erlassung der angefochtenen Normen gesprochen haben". Das vorhandene Nichtwissen zu COVID-19 hätte die "näher aufzuzeigenden Grundrechtseingriffe durch das COVID-19-Maßnahmengesetz und der darauf basierenden VO-Erlassungen daher nicht im Entferntesten" gerechtfertigt. 47

2.5. Damit macht der Antragsteller geltend, dass die Voraussetzungen der Verordnungserlassung nach den §§ 1 und 2 COVID-19-Maßnahmengesetz nicht vorlägen bzw. dass deren Vorliegen von der verordnungserlassenden Behörde nicht gehörig geprüft worden sei. 48

2.6. § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung hatte seine Rechtsgrundlage in § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz. § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz ermächtigt den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beim Auftreten von COVID-19 dazu, durch Verordnung "das Betreten von bestimmten Orten" zu untersagen, "soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 erforderlich ist." In der Verordnung kann auch geregelt werden, "unter welchen bestimmten Voraussetzungen oder Auflagen jene bestimmten Orte betreten werden dürfen." 49

Diese Verordnungsermächtigung determiniert den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz als verordnungserlassende Behörde in mehrfacher Hinsicht (VfGH 14.7.2020, V 363/2020, und VfGH 14.7.2020, V 411/2020): 50

2.6.1. Das COVID-19-Maßnahmengesetz ist eine Reaktion des Gesetzgebers auf eine krisenhafte Situation durch das Auftreten des Coronavirus SARS-CoV-2 und die dadurch ausgelöste Coronavirus-Krankheit COVID-19. Die Ermächtigung zur Erlassung von Geboten zum Tragen eines Mund-Nasenschutzes nach § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz ("Voraussetzungen oder Auflagen") hat – gemeinsam mit einer Reihe weiterer staatlicher Maßnahmen in unterschiedlichen Rechtsformen und auf unterschiedlichen Ebenen – den Gesundheitsschutz durch Schutz der Funktionsfähigkeit der Gesundheitsinfrastruktur zum Ziel. 51

Krisenhafte Situationen wie die vorliegende sind dadurch gekennzeichnet, dass staatliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Ursache, Auswirkungen und Verbreitung der Krankheit unter erheblichem Zeitdruck und insofern unter Unsicherheitsbedingungen getroffen werden müssen, als Wissen darüber zu einem großen Teil erst nach und nach gewonnen werden kann und Auswirkungen wie Verbreitung von COVID-19 notwendig einer Prognose unterliegen. 52

Auch in solchen Situationen leitet, wie sonst, die Bundesverfassung Gesetzgebung und Verwaltung bei Maßnahmen zu ihrer Bewältigung insbesondere durch das Legalitätsprinzip des Art. 18 B-VG sowie die durch ein System verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte gebildete Grundrechtsordnung. Das Legalitätsprinzip stellt Anforderungen an die gesetzliche Bindung der Verwaltung bei ihren Maßnahmen zur Krisenbekämpfung. Die Grundrechtsordnung gewährleistet, dass in den notwendigen Abwägungsprozessen mit öffentlichen Interessen die in einer liberalen Verfassungsordnung wesentlichen Interessen des Einzelnen berücksichtigt und die beteiligten Interessen angemessen ausgeglichen werden, auch wenn, wie in der vorliegenden Situation, die öffentlichen Interessen auf grundrechtlich geschützten Interessen basieren, die den Staat auch zum Handeln verpflichten. 53

2.6.2. Nach Art. 18 Abs. 2 B-VG kann der Gesetzgeber dem Verordnungsgeber Abwägungs- und Prognosespielräume einräumen und, solange die wesentlichen Zielsetzungen, die das Verwaltungshandeln leiten sollen, der Verordnungsermächtigung in ihrem Gesamtzusammenhang mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen sind, die situationsbezogene Konkretisierung des Gesetzes dem Verordnungsgeber überlassen (vgl. VfSlg. 15.765/2000). Es kommt auf die zu regelnde Sache und den Regelungszusammenhang an, welche Determinierungsanforderungen die Verfassung an den Gesetzgeber stellt (VfSlg. 19.899/2014 mwN). In diesem Zusammenhang hat der Verfassungsgerichtshof auch mehrfach ausgesprochen, dass der Grundsatz der Vorherbestimmung verwaltungsbehördlichen Handelns nicht in Fällen überspannt werden darf, in denen ein rascher Zugriff und die Berücksichtigung vielfältiger örtlicher und zeitlicher Verschiedenheiten für eine sinnvolle und wirksame Regelung wesensnotwendig sind, womit auch eine zweckbezogene Determinierung des Verordnungsgebers durch unbestimmte Gesetzesbegriffe und generalklauselartige Regelungen zulässig ist (vgl. VfSlg. 17.348/2004 mwN). Dabei hat der Verfassungsgerichtshof auch darauf hingewiesen, dass in einschlägigen Konstellationen der Normzweck auch gebieten kann, dass eine zum Zeitpunkt ihrer Erlassung dringend erforderliche – unter Umständen unter erleichterten Voraussetzungen zustande gekommene – Maßnahme dann rechtswidrig wird und aufzuheben ist, wenn der Grund für die Erlassung fortfällt (siehe VfSlg. 15.765/2000). 54

Überlässt der Gesetzgeber im Hinblick auf bestimmte tatsächliche Entwicklungen dem Verordnungsgeber die Entscheidung, welche aus einer Reihe möglicher, unterschiedlich weit gehender, aber jeweils Grundrechte auch intensiv einschränkender Maßnahmen er seiner Prognose zufolge und in Abwägung der betroffenen Interessen für erforderlich hält, hat der Verordnungsgeber seine Entscheidung auf dem in der konkreten Situation zeitlich und sachlich möglichen (vgl. VfSlg. 15.765/2000) und zumutbaren Informationsstand über die relevanten Umstände, auf die das Gesetz maßgeblich abstellt, und nach Durchführung der gebotenen Interessenabwägung zu treffen. Dabei muss er diese Umstände ermitteln und dies im Verordnungserlassungsverfahren entsprechend festhalten, um eine Überprüfung der Gesetzmäßigkeit der Verordnung zu gewährleisten (darauf hat der Verfassungsgerichtshof bereits in mehrfachem Zusammenhang abgestellt, vgl. VfSlg. 11.972/1989, 17.161/2004, 20.095/2016). Determiniert das Gesetz die Verordnung inhaltlich nicht so, dass der Verordnungsinhalt im Wesentlichen aus dem Gesetz folgt, sondern öffnet er die Spielräume für die Verwaltung so weit, dass ganz unterschiedliche Verordnungsinhalte aus dem Gesetz folgen können, muss der Verordnungsgeber die nach dem Gesetz maßgeblichen Umstände entsprechend ermitteln und dies im Verordnungserlassungsverfahren auch nachvollziehbar festhalten, sodass nachgeprüft werden kann, ob die konkrete Verordnungsregelung dem Gesetz in der konkreten Situation entspricht (das ist der Kern der Judikatur, derzufolge das Gesetz in einem Ausmaß bestimmt sein muss, "daß jeglicher Vollziehungsakt am Gesetz auf seine Rechtmäßigkeit hin gemessen werden kann", siehe zB VfSlg. 12.133/1989). Insofern unterscheiden sich demokratische Gesetzgebung und generell abstrakte Rechtssetzung durch die Verwaltung im Wege von Verordnungen nach Art. 18 Abs. 2 B-VG. Die Determinierungswirkungen und damit die rechtsstaatliche und demokratische Bestimmung des Verordnungsgebers durch Art. 18 Abs. 2 B-VG zielen auf eine entsprechende Bindung bei der konkreten Verordnungserlassung ab. 55

2.6.3. Mit § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz überträgt der Gesetzgeber der verordnungserlassenden Behörde einen Einschätzungs- und Prognosespielraum, ob und wieweit sie zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 auch erhebliche Grundrechtsbeschränkungen für erforderlich hält, womit der Verordnungsgeber seine Entscheidung als Ergebnis einer Abwägung mit den einschlägigen grundrechtlich geschützten Interessen der betroffenen Personen zu treffen hat. Der Verordnungsgeber muss also in Ansehung des Standes und der Ausbreitung 56

von COVID-19 notwendig prognosehaft beurteilen, inwieweit in Aussicht genommene Maßnahmen wie die Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 geeignete (der Zielerreichung dienliche) erforderliche (gegenläufige Interessen weniger beschränkend und zugleich weniger effektiv nicht mögliche) und insgesamt angemessene (nicht hinnehmbare Grundrechtseinschränkungen ausschließende) Maßnahmen darstellen.

Der Einschätzungs- und Prognosespielraum des Verordnungsgebers umfasst 57
insoweit auch die zeitliche Dimension dahingehend, dass ein schrittweises, nicht vollständig abschätzbare Auswirkungen beobachtendes und entsprechend wiederum durch neue Maßnahmen reagierendes Vorgehen von der gesetzlichen Ermächtigung des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz vorgesehen und auch gefordert ist.

Angesichts der damit inhaltlich weitreichenden Ermächtigung des Verordnungs- 58
gebers verpflichtet § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz vor dem Hintergrund des Art. 18 Abs. 2 B-VG den Verordnungsgeber im einschlägigen Zusammenhang auch, die Wahrnehmung seines Entscheidungsspielraums im Lichte der gesetzlichen Zielsetzungen insoweit nachvollziehbar zu machen, als er im Verordnungserlassungsverfahren festhält, auf welcher Informationsbasis über die nach dem Gesetz maßgeblichen Umstände die Verordnungsentscheidung fußt und die gesetzlich vorgegebene Abwägungsentscheidung erfolgt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen dürfen naturgemäß nicht überspannt werden, sie bestimmen sich maßgeblich danach, was in der konkreten Situation möglich und zumutbar ist. Auch in diesem Zusammenhang kommt dem Zeitfaktor entsprechende Bedeutung zu.

All dies hat der Verfassungsgerichtshof bei seiner Prüfung, ob der Bundesminis- 59
ter den gesetzlichen Vorgaben bei Erlassung der angefochtenen Bestimmung des § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung entsprochen hat, zu berücksichtigen. Damit ist für die Beurteilung des Verfassungsgerichtshofes insoweit der Zeitpunkt der Erlassung der entsprechenden Verordnungsbestimmungen und die diesen zugrunde liegende aktenmäßige Dokumentation maßgeblich.

Dass es damit dafür, ob die angefochtene Verordnungsbestimmung mit den Zielsetzungen des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz im Einklang stehen, auch auf die Einhaltung bestimmter Anforderungen der aktenmäßigen Dokumentation im Verfahren der Verordnungserlassung ankommt, ist kein Selbstzweck. Auch in Situationen, die deswegen krisenhaft sind, weil für ihre Bewältigung entsprechende Routinen fehlen, und in denen der Verwaltung zur Abwehr der Gefahr gesetzlich erhebliche Spielräume eingeräumt sind, kommt solchen Anforderungen eine wichtige, die Gesetzmäßigkeit des Verwaltungshandelns sichernde Funktion zu. 60

2.7. Als Grundlagen für die Erlassung (u.a.) der angefochtenen Bestimmungen der COVID-19-Lockerungsverordnung finden sich in den – vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in den zu den Zahlen V 350-354/2020 (G 181/2020) geführten Verordnungsprüfungsverfahren vorgelegten und ausdrücklich auch für das vorliegende Verfahren für maßgeblich erklärten – Verordnungsakten nachstehende Unterlagen und Angaben: 61

In dem vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vorgelegten Verwaltungsakt, der der Erlassung der (Stammfassung der) COVID-19-Lockerungsverordnung, BGBl. II 197/2020, zugrunde liegt, wird unter der Rubrik "Sachverhalt" ausgeführt: "Inliegend der Entwurf der LockerungsVO, welche die VO 96/2020 idgF und 98/2020 idgF ablöst. Es sind darin die ab 1. Mai gelten Regelungen hinsichtlich der Maßnahmen in Betriebsstätten, bei Veranstaltungen, in Massenbeförderungsmitteln, etc. geregelt. Die inliegende VO wäre nunmehr durch HBM zu unterfertigen und der Kundmachung zuzuleiten". Darüber hinaus finden sich in diesem Verwaltungsakt keine weiteren, im Hinblick auf die gesetzliche Grundlage des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz relevanten Ausführungen oder Unterlagen, sondern lediglich zwei Entwürfe (vom 28. April 2020, 22.00 Uhr, und vom 30. April 2020, 17.00 Uhr), eine "finale Version" (ebenfalls vom 30. April 2020) sowie die vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unterfertigte Verordnung, jeweils ohne Anmerkungen. 62

2.8. Damit genügt die angefochtene Bestimmung des § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung den Vorgaben des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz schon aus diesem Grund nicht. 63

Die Entscheidungsgrundlagen, die im Verordnungsakt zur COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung BGBl. II 197/2020 dokumentiert sind, beschränken sich auf eine Absichtserklärung, die bloß im Groben umrissene Verordnung erlassen zu wollen. Es ist aus dem Verordnungsakt nicht ersichtlich, welche Umstände im Hinblick auf welche möglichen Entwicklungen von COVID-19 den Verordnungsgeber bei seiner Entscheidung zu einer (Beibehaltung der) Verpflichtung zum Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung beim Betreten öffentlicher Orte in geschlossenen Räumen geleitet haben. 64

2.9. § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung BGBl. II 197/2020 verstößt somit gegen § 2 COVID-19-Maßnahmengesetz, weil es der Verordnungsgeber gänzlich unterlassen hat, jene Umstände, die ihn bei der Verordnungserlassung bestimmt haben, so festzuhalten, dass entsprechend nachvollziehbar ist, warum der Verordnungsgeber die mit dieser Regelung getroffenen Maßnahmen für erforderlich gehalten hat. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich eine weitere Prüfung, ob die angefochtene Bestimmung auch aus anderen Gründen gesetz- oder verfassungswidrig ist. 65

2.10. Da § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung durch Z 2 der 5. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 266/2020, mit Wirkung vom 15. Juni 2020 aufgehoben wurde, ist daher festzustellen, dass die Wortfolge "und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen" in § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung in der Stammfassung BGBl. II 197/2020 gesetzwidrig war. 66

V. Ergebnis

1. § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung ist durch Z 2 der 5. COVID-19-LV-Novelle, BGBl. II 266/2020, mit Ablauf des 14. Juni 2020 außer Kraft getreten. Der Verfassungsgerichtshof hat sich daher gemäß Art. 139 Abs. 4 B-VG auf die Feststellung zu beschränken, dass die Wortfolge "und eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen" in § 1 Abs. 2 COVID-19-Lockerungsverordnung idF BGBl. II 197/2020 gesetzwidrig war. 67

Im Übrigen werden die Anträge zurückgewiesen. 68

2. Der Ausspruch, dass die unter Punkt 1. genannte Wortfolge nicht mehr anzuwenden ist, stützt sich auf Art. 139 Abs. 6 zweiter Satz B-VG. 69

3. Die Verpflichtung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur unverzüglichen Kundmachung der Aussprüche erfließt aus Art. 139 Abs. 5 zweiter Satz B-VG iVm § 4 Abs. 1 Z 4 BGBlG. 70

4. Diese Entscheidung konnte gemäß § 19 Abs. 4 VfGG ohne mündliche Verhandlung in nichtöffentlicher Sitzung getroffen werden. 71

5. Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 61a VfGG. Da der Antragsteller nur mit einem (geringen) Teil seines Aufhebungsbegehrens obsiegt hat, war ihm nur ein Viertel des Pauschalsatzes zuzusprechen (vgl. VfSlg. 16.772/2002, 17.172/2004). In den zugesprochenen Kosten ist Umsatzsteuer in Höhe von € 109,– sowie der Ersatz der Eingabengebühr in Höhe von € 240,– enthalten. 72

Wien, am 1. Oktober 2020
Der Präsident:
DDr. GRABENWARTER

Schriftführer:
Dr. DORR

Konstantin Haslauer
Leberstraße 100/9
1110 Wien

Mobile: +43 676 310 08 90
Skype: tino1901
E-Mail: info@karrierepilot24.com

ATU 520 69 504

An den
Bundespräsident Van der Bellen
Hofburg
A - 1010 Wien

Offener Brief eines Staatsbürger Österreich
Offener Brief der Staatsbürger Österreichs

Sehr geehrter Herr Van der Bellen,

Ich wende mich heute aus großem Respekt aber auch mit tiefster Verwunderung an Sie. Als Präsident unserer wunderbaren Nation ist es Ihre Aufgabe, als letzte Instanz dafür Sorge zu tragen, dass unsere Verfassung zu jeder Zeit eingehalten wird, von den einzelnen politischen Parteien und im Sinne der österreichischen Mitbürger.

Es ist Ihre Verantwortung mit kritischen und vernünftigen Augen auf Entscheidungen von Handelsträgern zu blicken. Diese Entscheidungen im gegebenen Fall zu Hinterfragen sowie Belege für deren Machbarkeit und Wahrhaftigkeit einzufordern. Sie Herr Bundespräsident sind die schützende Hand die über uns Bürgern liegt (liegen sollte). Am Ende fallen alle durch Ihre Regierung getroffenen Entscheidungen auf Sie zurück. Die Guten sowie die Schlechten.

In meinem Schreiben an Sie möchte ich vor allem meine Bedenken dahin gehend äussern, dass es zu Brüchen unserer Verfassung kam die schlechtweg „unter den Teppich gekehrt" wurden. Natürlich kann man auch von „biegen" „dehnen" oder „auslegen" sprechen, doch wollen wir im menschlichen Jargon bleiben und nicht in den politischen verfallen.

Der Punkt ist jedoch, dass Entscheidungen getroffen wurden die eigentlich Ihren Mitbürgern gebührten, sei es seitens einer Volksabstimmung oder Wahl, welche jedoch nicht durch selbige getroffen wurden bzw. es keine demokratische Abstimmung diesbezüglich gab.

Bevor wir nun beginnen möchte ich klar festhalten, dass ich niemanden mit meinem Schreiben angreifen möchte, keine Unterstellungen in den Raum stelle oder schlicht weg mit dem Finger auf jemanden zeigen möchte. Doch solange wir in Österreich zumindest noch den Anschein einer Meinungsfreiheit wahren, solange wir noch frei unsere Meinung äussern dürfen, werde(n) ich (wir) und die Menschen welche sich mir angeschlossen haben, dies auch tun. Ich stehe hier nicht alleine Hr. Van der Bellen, sondern diene lediglich als Sprachrohr für viele Ihrer Mitbürger.

2017 wurden Sie nach einer, wenn man es so ausdrücken möchte, ereignisreichen Wahl demokratisch in Ihr Amt gewählt. Ihre Ansprache widmeten Sie der „Eleganz" unserer Verfassung, der Wichtigkeit von Demokratie und unserem Parlament. In Ihrer Ansprache konnte kein Hauch einer parteilichen Zugehörigkeit wahrgenommen werden. Eine neutrale, respektvolle Ansprache wie man Sie von einem Bundespräsidenten erwarten und erhofft.

Sie haben vermittelt, dass man sich auf Sie als unser Oberhaupt verlassen kann und man Ihnen als Bürger das Vertrauen kann.

Ich möchte nun etwas „nach Vorne" springen und zwar zur den Nationalratswahlen 2017. Wahlen die demokratisch von den Mitbürgern Österreichs getroffen wurden. Wahlen die dem Wunsch Ihres Volkes entsprachen. Eine Demokratie.

Doch durfte man hier eines Besseren belehrt werden. Der allgemeine Missmut über die Koalitionsentscheidung konnte bei der Angelobung der durch das Volk gewählten Türkis-Blaue (en) Regierung nicht verborgen werden. Die neue, demokratisch gewählte Regierung hat wenig später mit ungewöhnlicher Geschwindigkeit die Umsetzung des Regierungsprogramms vorangetrieben.

Kurze Zeit später wurde seitens der Opposition der FPÖ „Schlampigkeit" und „Rechtsbruch" und noch so einiges Vorgeworfen bis es schließlich zur Veröffentlichung des „IBIZA" Videos kam. Ein Skandal und eine Beleidigung für jeden österreichischen Wähler. Ohne Frage hat Hr. Strache sich nicht politisch korrekt verhalten und grob das Vertrauen der österreichischen Bürger missbraucht. Ohne Zweifel war es notwendig und richtig Ihn seines Amtes zu entheben.

Doch dann passierte etwas was es in der Geschichte unserer Demokratie in dieser Form noch nicht gegeben hat. Eine demokratisch gewählte Regierung wurde gekippt. Neuwahlen wurden ausgerufen. Neuwahlen wurden von Ihnen Hr. Bundespräsident für gut empfunden. Neuwahlen für die es keinen rechtlichen Grund gibt ausser eine persönlich, dem eigene Nutzen zuzuschreibende Agenda.

Was Hr. Bundespräsident ist Ihre Stellungnahme hierzu? In Hintergrundgesprächen zwischen Hr. Kurz und Ihnen wurden Neuwahlen beschlossen wäre doch ein Tausch der Parteiführung und der Ausschluss von Hr. Strache völlig ausreichend und rechtlich gewesen. Basierend auf den momentanen Vorkommnissen in Österreich wird das Bild, warum Neuwahlen notwendig waren, natürlich klarer. Der Eindruck drängt sich auf als hätte Hr.Kurz bereits zu Beginn der Koalition gewusst, dass diese nicht bis zum offiziellen Ende der Amtszeit bestehen bleibt. Dies an dieser Stelle ist nur mein persönlicher Gedanke und spiegelt nicht die allgemeine Meinung meiner Mitstreiter wider.

Im nächsten Schritt wurde eine Übergangsregierung, nach Absprache zwischen Ihnen und Hr. Kurz ins Leben gerufen welche gänzlich aus ÖVP Funktionären bestand. Ein unnotwendiger Schritt welcher unsere Verfassung und Demokratie mit Füssen getreten hat.

Bis heute haben Sie Hr. Bundespräsident noch keine rechtliche Grundlage für die Entscheidung zu Neuwahlen präsentieren können. Eine Schande für jeden Österreicher welcher einst für dieses Land gekämpft hat und auch für jene die Tag täglich Ihr Bestes geben um unsere Nation zu erhalten.

Sie Hr. Van der Bellen haben es zugelassen, dass federführend durch ein deutsches Boulevard Medium in die österreichische Politik und Verfassung eingegriffen wurde. Sie haben gemeinsam mit Hr. Kurz beschlossen sich dem äusseren Druck hinzugeben anstatt Recht für Ihr eigenes Land zu sprechen. Ein Misstrauensantrag gegen die gesamte Regierung wurde eingebracht, basierend auf nichts ausser den Aussagen eines in Schande gefallenen Politikers in einem quasi Urlaubsvideo. Noch immer fehlt mir das Verständnis wie Sie es schaffen konnten diesen Weg rechtlich zu stützen.

Mit dem Beginn der beinahe endlosen Koalitionsverhandlungen mit den österreichischen Grünen 2018, entgegen der Wahl der Bürger hin zu einer mehr wirtschaftlich orientierten Regierung, dürfen wir uns nun mit einer ideologischen Partnerschaft zufrieden gebe. Diese Option wurde in der Regierung wohlwollend angenommen und die Grünen Minister wurden von Ihnen angelobt. Die Frage der politischen Kompetenz wurde nicht gestellt. Hr. Kogler wurde, ohne die geringste Qualifikation, in ein Amt berufen in welchem er für das Wohlbefinden Ihrer Mitbürger verantwortlich ist.

Die österreichischen Grünen waren für mich immer eine Partei mit hohen moralischen Vorstellungen, eines positiv ideologischen Denkens. Eine Partei die über den Tellerrand blickt und sich für das einsetzt, was wichtig ist. Sicherlich mit einer der Gründe warum die bis dato keinen „Erdrutschsieg" bei Wahlen verzeichnen konnten.

Hr. Van der Bellen, was ist geschehen? Es wirkt fast so als werde diese neugewonnene „Partnerschaft" durch die Vorstellungen der regierenden Partei gelenkt. Man beachte nur für was und wo gegen Ihre Partei gestimmt hat seit sie als Partner von Hr. Kurz agieren dürfen. Ich kann nicht glauben, dass man die grüne Ideologie für Transparenz und Wahrheit einzustehen, innerhalb weniger Wochen über Board geworfen hat.

Aus Ihrer Ansprache zu Lage der Nation „Übergangsregierung" darf ich zitieren „Unsere Verfassung hat die notwendige Eleganz und Schönheit um diese Krise zu meistern". Das stimmte wohl, doch die wohlwollenden Worte aus Ihren Munde folgte eine Vernichtung der Grundrechte.

Die Blockade des Untersuchungsausschuss, klare Gehilfen der Türkisen gegen Anträge der Opposition, Verfassungswidrigen Verordnungen welche nun bereits 2 mal durch den Verfassungsgerichtshof aufgehoben wurden, sowie die EU Verschuldungspolitik wären niemals möglich gewesen hätten sich die österreichischen Grünen noch in Opposition befunden. Nun, als längerer Arm der Türkisen Machthaber ist dies leider nicht mehr zu erwarten.

Wo bleibt Ihre Stimme in dem Ganzen? Wer wenn nicht Sie kann ein prüfendes Auge auf die momentane Situation in Österreich werfen? Wo sind Sie Hr. Präsident? Ihr Schwiegen und das Hinnehmen des Bruches unserer Verfassung macht Sie zum Mittäter in einem fast schon totalitären System. Sie müssen nun agiert. Denn am Ende sind Sie es der national und international Rechenschaft ablegen wird.

Sie als Hüter der österreichischen Verfassung, gewählt aus dem Vertrauen Ihres Volkes heraus, haben in den letzten Monaten Änderungen von Gesetzen und Ermächtigungsgesetzten zustimmt für die es keine verfassungsrechtliche Grundlage gibt und die gegen die Grundrechte von uns Österreichern verstoßen.

Sie sehen dabei zu wie in Parlamentssitzungen beinahe gänzlich alle Anträge der Opposition vom Tisch gewischt werden. Auch die militärischen Züge des Parlamentsvorsitzenden Herr Sobotka und die entsprechende Missachtung des Parlaments wird von ihnen geduldet. Ein beschämender und trauriger Moment in der Geschichte von Österreichs. Der gewählte, mit der Verantwortung für das Land betraute Bundespräsident unterstütz rechtswidrige Vorgänge in dem er diese billigt und sich nicht zu Wort meldet.

Den apathischen Höhepunkt haben jedoch noch nicht erreicht. Sie haben im Jahr 2020 den kompletten Zusammenfall der österreichischen Wirtschaft billigend hingenommen. Die „COVID Krise" wurde in keinem Moment von einer fundierten wissenschaftliche Seite her gehandhabt.

Es wurde eine Pandemie ausgerufen und im selben Atemzug das bestehende Epidemie Gesetz geändert. Es wurde ohne Grundlage in die Gesetzgebung, welche den betroffenen Unternehmen eine Absicherung in Krisenzeiten zusichert, eingegriffen zum Nachteil der österreichischen Bevölkerung.

Durch die WHO wurde bereits mehrmals Kommuniziert und auch wurde eine entsprechende Studie von Prof. John P A Ioannidis durch selbige veröffentlicht in welcher gewisse, nicht weg zu ignorierende Fakten das Virus betreffen klar dargelegt werden. Die WHO sowie das Robert Koch Institut sind weltweit die führenden Institute wenn es Fragen zur Gesundheit geht. Beide Institute haben Ihre Stellungnahme bereits veröffentlicht. Warum werden diese Fakten von unserer, Ihrer Regierung ignoriert?

Die durch Hr. Anschober erlassene CoVid Verordnungen vom 22.07.2020 und 01.10.2020 wurden bereits durch den VGH gekippt bzw. wurde klargestellt, dass diese Verfassungs- und Gesetzes widrig sind da (noch) keine Evidenz basierenden Daten den Verordnungen zugrunde liegen.

Nun stehen wir wieder in einem „Lock Down" basierend auf „positiven" Testergebnissen welche weder standardisiert sind noch zwischen Träger, Infektiös und Erkrankt unterscheiden. Den PCR betreffend gibt es bereits etliche Klagen national und international welche die Auswertung des Selbigen anzweifeln.

Es wurde bereits von verschiedenen renommieren Instituten und Medizinern kommuniziert, dass dieser Test ausreichend bei reinen Labortestungen und als Vorstufe für weitere ärztliche Untersuchungen ist, jedoch nicht zur Erkennung von Infektionen dienen kann bzw. keine Sichere Auswertungsmöglichkeit für weiteres vorliegt.

> ***Als kleine Anekdote am Rande.*** *Ich habe besagten Test 2 Mal gemacht. Zuerst kam ein Sanitäter zu mir nach Hause. Proben wurden entnommen mit Hilfe eines* Wattestäbchens in Nase und Mund, eine äusserst unangenehme Prozedur.
>
> *Die zweite Testung für EUR 120.- hatte ich am Flughafen Wien. Hier wurde lediglich eine wenig in meinem Hals „herumgewischt“*
>
> *Es wurden keine Abstriche aus der Nase genommen. Auf meine Frage hin warum das so sei bekam ich von dem zuständigen Mediziner folgende Antwort: „Das kann man so oder so machen“ Basierend auf diesem Prinzip spielen Sie also in dem Wohl Ihrer Mitbürger?*

Basierend auf „Schau ma mal“ werden Gastronomiebetriebe geschlossen, Schulkindern Masken im Unterricht aufgesetzt, Pensionisten und Menschen in Pflegeheimen der Kontakt zur Aussenwelt verwehrt?

Erst kürzlich verlautbarte Hr. Anschober in einem Interview auf die Frage, ob positiv getestet Fachpersonal weiter arbeiten dürfte (sinngemäß): „ Natürlich da es nicht automatisch heisst, dass die betreffende Person infektiös oder erkrankt ist“

Das österreichische Volk wird Tag täglich von „Horrormeldungen“ die Corona Zahlen betreffend gemeutert und muss mit den von Hr. Anschober, Hr. Kurz und Ihnen getroffenen Entscheidungen und den daraus resultierenden Verordnungen leben. Wo fließen in den veröffentlichten Zahlen eigentlich diese Fakten mit ein, welche Hr. Gesundheitsminister Anschober in seinem Interview vermerkt hat - Positiv getestet bedeutet nicht Infektiös oder Erkrankt - warum wird diese Information dem Volk vorenthalten? Legt es die Regierung auf den Immunitätspass aus, dem von Hr. Anschober gefordertem „Werkzeug“ um in eine Impfpflicht zu rutschen welche ja gar keine ist?

Hier werden Sie wahrscheinlich bereits mit einer politischen Argumentation beginnen, doch lassen Sie das besser. Hr. Bundespräsident, hier geht es um Menschenleben und die Gefährdung der selbigen durch die politische Kaste der Türkisen/Grünen Regierung. Die Entscheidungen Ihrer Regierung der letzten paar Monate haben zu einer Vielzahl von Todesfällen und zerrütteten Existenzen geführt die nicht auf das Corona Virus sonder auf die geschaffenen Umstände zurückzuführen sind.

Sind ihre Gedanken nun auch bei diesen zerstörten und ausgelöschten Existenzen die mitunter auch Sie zu Verantworten haben oder werden diese auch einfach einer Statistik zugeordnet die es der Türkis/Grünen Regierung weiter erlaubt aus unserer hart erkämpften Demokratie ein totalitäres System zu machen? Gesetzte zu entwerfen andere zu kippen und in „Schau ma mal „ Manier weiter unsere Wirtschaft umbringen? Alleine dass muss Sie doch schon aus der Reserve locken.

Sie Hr. Van der Bellen sind die letze Hoffnung für Österreich, unsere Demokratie, unsere Meinungsfreiheit, unsere Individualität. Unsere letzte Hoffnung dafür, das wir als Bürger eigene Entscheidungen treffen können, wir Herr über selbige bleiben und ebenfalls zum Wohle unserer körperlichen wie auch geistigen Gesundheit frei handeln können. Es liegt an Ihnen ob Sie die „Umstrukturierung“ unserer Demokratie tolerieren oder Selbiger entgegenwirken. Sie sind nun am Zug.

Vielleicht erachten Sie mein Schreiben als irrelevant, als „Verschwöhrungstheoretisch“ (was leider momentan alle Gedanken und Meinungen betrifft welche nicht dem Main Stream folgen), oder lachhaft. Es sei ihnen bitte jedoch bewusst, dass all meine Aussage die ich hier treffe belegbar sind, beweisbar sind. Ich trete nicht aus einer Laune heraus an Sie heran sonder erst nach monatelanger Recherche.

Die resultierenden Beweise wurden u.a bereits dem VGH übergeben und waren mitunter Grund dafür das dieser die Klage zugelassen hat und auch weiter verfolgen wird. Es werden auch weitere Schritte und Klagen folgen welche u.a das Thema des Schadenersatzes für Unternehmen, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, wirtschaftlich und gesundheitlich geschädigte Personen behandelt wie auch jenes der politischen Verfehlungen wie z.B der Erlass einiger Gesetze oder die die Gründung der Firma (GmbH) COVAG zur Abhandlung der Förderungen für Betriebe (die hätte von öffentlicher Stelle her geregelt werden müssen). Mit einbezogen werden alle Beteiligten Regierungsstellen wie u.a das Gesundheits-, Finanz und Justizministerium, der Bundeskanzler und auch Sie als Bundespräsident.

Wir sind als Steuerzahler nun eines Teiles unserer Pflicht nachgekommen. Ihre Aufgabe als gewähltes Oberhaupt des Staates Österreich ist es nun den von mir (uns) eingebrachten Anschuldigungen mit bestem Wissen und Gewissen sowie mit allen Ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nachzugehen. **Sie erhalten hiermit den Auftrag von Ihren Mitbürgern**, Ihren Steuerzahlern, sich der Sache umgehend anzunehmen in Hinblick auf alle Fragen der grundlegenden Verfassungs- und Menschenrechte, der Fragen der Ethik und Ehrlichkeit.

Der Bürger wählt die Verantwortungsträger und diese dienen dem Volk. Als Bundespräsident haben Sie die hoch dotierte Aufgabe im Sinne Ihres Volkes zu handeln und den durch Ihr Volk erteilten Auftrag nachzukommen.

Ich Konstantin Haslauer erkläre hiermit per Eidesstatt, dass ich Ihnen diese Ungereimtheiten, Gesetzwidrigkeiten und Mittäterschaft der politischen Amtsträger näher gebracht habe. Ich erkläre weiters, dass mein (unser) Anschreiben vor allem dazu dient, Ihnen als Verantwortlichen die entsprechenden Informationen zu übermittel und Ihnen auf Anfrage hin die notwendigen Beweise zu übergeben, in Erwartung des Einberufens eines Untersuchungsausschusses im Parlament mit öffentlicher Übertragung, welcher sich vorweg um die Aufarbeitung und Darlegung der rechtlichen und politischen Missstände kümmert um somit den Schadenersatzanspruch und die daraus ergehende Schadensersatz Pflicht gegenüber Ihren Mitbürgern gewährleistet.

Dieser offene Brief wird an alle Parlamentsabgeordneten sowie an alle freien und staatlich geförderten Medienvertreter gesendet.

Unser Aufruf, der Auftrag Ihres Volkes an Sie zu handeln wird öffentlich gemacht.

Hochachtungsvoll

K. Haslauer

KARRIEREPILOT24 GROUP
Konstantin Haslauer
CEO & Geschäftsführer

Einige Inhalte zu Viren und öffentlicher Gesundheit von Michael Yeadon, ehemaliger Vizepräsident von Pfizer



Original Bericht:
https://www.aier.org/article/an-education-in-viruses-and-public-health-from-michael-yeadon-former-vp-of-pfizer/

Dieses Video bietet einen der gelehrtesten und informativsten Einblicke in Covid-19 und die Folgen von Sperren. Es war bemerkenswert, diese Woche zu sehen, wie es auf YouTube erschien und nur 2 Stunden nach dem Posten gewaltsam abgeschaltet wurde. Die folgende Kopie wird auf LBRY, einer Blockchain-Videoanwendung, gehostet. In einem Jahr mit fantastischen Bildungsinhalten ist dies eines der besten, die wir je gesehen haben.

Betrachten Sie die Biografie des Moderators:

Dr. Michael Yeadon ist ein Experte für Allergie und Atemtherapie mit 23 Jahren Erfahrung in der pharmazeutischen Industrie. Er absolvierte eine Ausbildung zum Biochemiker und Pharmakologen und promovierte 1988 an der University of Surrey (UK).

Anschließend arbeitete Dr. Yeadon in den Wellcome Research Labs mit Salvador Moncada zusammen. Der Forschungsschwerpunkt lag auf der Überempfindlichkeit der Atemwege und den Auswirkungen von Schadstoffen wie Ozon sowie auf der Wirkstoffentdeckung von 5-LO-, COX-, PAF-, NO- und Lungenentzündungen. Mit Kollegen war er der erste, der ausgeatmetes NO bei Tieren entdeckte und später NOS in der Lunge über allergische Auslöser induzierte.

Bei Pfizer war er 1995 für das Wachstum und die Portfoliobereitstellung der Allergy & Respiratory-Pipeline innerhalb des Unternehmens verantwortlich. Er war verantwortlich für die Zielauswahl und den Fortschritt neuer Moleküle beim Menschen, leitete Teams mit bis zu 200 Mitarbeitern in allen Disziplinen und gewann 2008 einen Achievement Award für Produktivität.

Unter seiner Leitung erfand die Forschungseinheit orale und inhalative NCEs, die mehrere positive klinische Proofs of Concept bei Asthma, allergischer Rhinitis und COPD lieferten. Er leitete produktive Kooperationen wie mit Rigel Pharmaceuticals (SYK-Inhibitoren) und war an der Lizenzierung von Spiriva und der Akquisition des Unternehmens Meridica (Inhalationsgerät) beteiligt.

Dr. Yeadon hat über 40 originale Forschungsartikel veröffentlicht und berät und arbeitet jetzt mit einer Reihe von Biotechnologieunternehmen zusammen. Vor seiner Tätigkeit bei Apellis war Dr. Yeadon VP und Chief Scientific Officer (Allergie- und Atemwegsforschung) bei Pfizer.

Unten ist eine Abschrift des obigen Videos:

Ich heiße Dr. Michael Yeadon.

Meine ursprüngliche Ausbildung war ein erstklassiger Abschluss in Biochemie und Toxikologie. Gefolgt von einer forschungsbasierten Promotion in Atempharmakologie; und danach habe ich mein ganzes Leben auf der Forschungsseite der Pharmaindustrie gearbeitet - sowohl in der großen Pharmaindustrie als auch in der Biotechnologie. Mein spezifischer Fokus lag auf Entzündungen, Immunologie, Allergien im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen (also der Lunge, aber auch der Haut). Ich würde also sagen, ich bin eine Art erfahrener Forscher in den Bereichen Entzündung, Immunologie und Pulmonologie.

Ich war anfangs besorgt über unsere Reaktion auf die Coronavirus-Pandemie gegen Mitte oder Ende April. Es war klar geworden, dass, wenn man die Anzahl der täglichen Todesfälle im Vergleich zum Datum der Pandemie betrachtet. Wirklich, erfreulicherweise war die Welle bereits grundlegend vorbei, und wir würden sie nur einige Monate lang fallen sehen - und genau das tat sie auch. Und so wurde ich sehr beunruhigt über die zunehmenden Einschränkungen des Verhaltens und der Bewegung von Menschen in meinem Land und ich konnte damals keinen Grund dafür sehen und ich weiß es immer noch nicht.

Die Reaktion der Regierung auf Notfälle wird von der wissenschaftlichen Gruppe geleitet, die unter der wissenschaftlichen Beratergruppe für Notfälle oder SAGE zusammensitzt. Daher sollten sie der Regierung wissenschaftliche Ratschläge geben, was angemessen ist. SAGE hat einige Dinge falsch gemacht, und das hat zu unangemessenen Ratschlägen geführt, die nicht nur schreckliche wirtschaftliche Auswirkungen hatten, sondern auch weiterhin medizinische Auswirkungen hatten, da Menschen nicht mehr richtig behandelt werden.

SAGE war der Ansicht, dass SARS-CoV-2 ein neues Virus sei und sie glaubten, dass es in der Bevölkerung überhaupt keine Immunität geben würde. Ich denke, das ist das Erste. Ich erinnere mich, dass ich das gehört habe, und ich war verwirrt, weil ich es bereits wusste - weil ich in der wissenschaftlichen Literatur gelesen habe, dass SARS-CoV-2 zu 80% einem anderen Virus ähnlich ist, von dem Sie vielleicht gehört haben, dass es SARS heißt, das sich 2003 ein wenig um die Welt bewegt hat, und mehr als das: es ist in Stücken den Erkältungs verursachenden Coronaviren ziemlich ähnlich.

Als ich hörte, dass sich dieses Coronavirus auf der ganzen Welt bewegte, war ich nicht so besorgt wie vielleicht andere Menschen, weil ich dachte, da es vier häufig kälteverursachende Coronaviren gibt, dachte ich, dass ein Großteil der Bevölkerung wir sind Ich war einem dieser Viren ausgesetzt und hätte wahrscheinlich eine erhebliche Schutzimmunität. Und nur um zu erklären, warum ich so zuversichtlich war, dass jeder die Geschichte von Edward Jenner und der Impfung sowie die Geschichte von Kuhpocken und Pocken kennt. Und die alte Geschichte war, dass Milchmädchen einen sehr klaren Teint hatten: Sie litten nie unter Dingen wie Pocken, und wenn es nicht tötete, würden Sie Ihre Haut dauerhaft vernarben. Und der Grund, warum sie den Schutz hatten, war, dass sie einem gutartigeren, verwandten Virus namens Kuhpocken ausgesetzt waren.

Edward Jenner kam auf die Idee, dass wenn es Kuhpocken sind, die das schöne Mädchen retten - er argumentierte, dass er sie vor Pocken schützen könnte, wenn er einer anderen Person die Kuhpocken aussetzen könnte. Jetzt hat er ein Experiment durchgeführt, das Sie jetzt nicht durchführen können - und er hätte es niemals tun sollen -, aber apokryphisch oder wirklich, oder vielleicht sind Sie krank, wir sind uns nicht sicher. Edward Jenner erwarb einen Teil der Flüssigkeit von einer mit Kuhpocken infizierten Person. Relativ milde Pusteln, die dann verschwinden. Und er bekam etwas davon und er - er kratzte es in die Haut eines kleinen Jungen und ein paar Wochen später erhielt er etwas Flüssigkeit von einer armen Person, die an Pocken starb und den Jungen infizierte. Und siehe da, der Junge wurde nicht krank und das brachte das ganze Gebiet der sogenannten Impfung hervor. Und vax, der "Vac" des Impfstoffs. Es kommt von "Vakuum", dem lateinischen Namen für Kuh. Wir sind also mit dem Prinzip der Kreuzimmunisierung sehr vertraut.

Ich habe ziemlich viel über die schutzbedürftigen Menschen in Pflegeheimen nachgedacht, und es gibt ein Bewusstsein dafür, dass Menschen, die wirklich vorsichtig mit PSA usw. umgehen, aber nur in einer Art, so heiß, so weit gehen werden Hausumgebung, in der die Menschen in einem Pflegeheim ziemlich nahe beieinander sind. Die Frage, die ich das ganze Jahr über hatte, lautet also: Wenn ein oder zwei Personen das Virus in einem Pflegeheim bekommen haben, warum sollten dann nicht fast alle infiziert werden? Und die Wahrheit ist natürlich, dass sie es nicht getan haben. Eine Interpretation dieser Unterscheidung ist, dass ein großer Teil der Menschen in den Pflegeheimen zuvor Immunität hatte.

Zu dieser Jahreszeit hat etwa 1 von 30 Menschen eine Erkältung, die durch einen dieser Coronaviren verursacht wird. Und genau wie der Schutz vor Pocken, der durch die vorherige Exposition gegenüber Kuhpocken bereitgestellt wurde, sind Menschen, die einer Erkältung durch eine dieser Coronaviren ausgesetzt waren, jetzt immun gegen SARS-CoV-2. So waren 30% der Bevölkerung vor dem Start geschützt. SAGE sagte, es sei Null - und ich verstehe nicht, wie sie das möglicherweise hätten rechtfertigen können. Es gibt einen zweiten und ebenso fatalen, nicht rechenschaftspflichtigen Fehler, den sie in ihrem Modell gemacht haben. Der Prozentsatz der Bevölkerung, von dem SAGE behauptet, dass er bisher mit dem Virus infiziert wurde, liegt bei etwa sieben Prozent. Ich weiß, dass sie daran glauben, und Sie können es in einem Dokument sehen, das sie im September veröffentlicht haben und das sich "Nicht-pharmazeutische Interventionen" nennt. Leider heißt es, dass mehr als 90% der Bevölkerung immer noch gefährdet sind.

Es ist unglaublich falsch. Und ich werde nur erklären, warum: Ihre Zahl basiert auf dem Prozentsatz der Menschen im Land, die Antikörper im Blut haben. Und nur die Menschen, die am meisten krank wurden, mussten tatsächlich Antikörper um ihren Körper entwickeln und freisetzen. Es ist also sicher richtig, dass die Menschen, die viele Antikörper haben, infiziert waren. Aber eine sehr große Anzahl von Menschen hatte mildere Symptome, und noch mehr Menschen hatten überhaupt keine. Und die besten Schätzungen, zu denen wir gelangen können, sind, dass diese Leute entweder keine Antikörper hergestellt haben oder so geringe Mengen, dass sie von nun an verblasst sind.

Eine kürzlich erschienene Veröffentlichung über den Prozentsatz der Bewohner von Pflegeheimen, die Antikörper gegen das Virus haben, ist sehr, sehr interessant. Diesmal verwendeten sie hochempfindliche Tests für Antikörper und wählten sorgfältig Bewohner aus, die niemals PCR-positiv waren: Dies sind Menschen, die sich nie infiziert haben. Und sie fanden heraus, dass 65% von ihnen Antikörper gegen das Virus hatten; Sie wurden nie infiziert. Daher glaube ich, dass in dieser Population vor dem Eintreffen des Virus eine hohe Prävalenz der Immunität bestand. Eine große Geschichte in den Medien war kürzlich, dass der Prozentsatz der Menschen mit Antikörpern gegen das Virus im Blut sank. Dies wurde als Sorge gewertet, dass die Immunität gegen SARS-CoV-2 nicht lange anhält. Weißt du, jeder mit Kenntnis der Immunität würde - würde das einfach ablehnen. Es ist nicht die Art und Weise, wie die Immunität gegen Viren funktioniert - das wären T-Zellen. Wenn also die Antikörper im Laufe der Zeit von Frühjahr bis heute allmählich abnehmen - was sie haben -, ist die einzige plausible Erklärung, dass die Prävalenz des Virus in der Bevölkerung abnimmt, und deshalb lässt die Antikörperproduktion allmählich nach.

Weniger als 40% der Bevölkerung sind anfällig. Selbst theoretische Epidemiologen würden Ihnen sagen, dass dies eine zu kleine Zahl ist, um einen konsolidierten und wachsenden Ausbruch, eine Immunität der Gemeinschaft und eine Herdenimmunität zu unterstützen. SAGE sagt also, dass wir uns nicht einmal nahe stehen, und ich sage Ihnen, dass die beste Wissenschaft der besten Wissenschaftler der Welt, die in den besten Fachzeitschriften veröffentlicht wurde, sagt, dass sie falsch liegen: dass mehr als 60 der Bevölkerung sind jetzt immun und es ist einfach nicht möglich, eine große und wachsende Pandemie zu haben.

Wirklich gute Nachrichten, wirklich gute Nachrichten, um zu hören, dass Daten aus den klinischen Impfstoffstudien hervorgehen, und wir sehen Impfstoffe, die nicht nur Antikörper hervorrufen, sondern auch T-Zell-Reaktionen hervorrufen. Das ist toll; zurück zur richtigen Wissenschaft, zur richtigen Immunologie. So funktioniert die Immunität gegen Viren. Meine Überraschung, und es ist nur ärgerlich, dass wir, wenn wir über den Prozentsatz der Bevölkerung sprechen, der immer noch anfällig ist, nur über Antikörper sprechen, wie sieben Prozent von SAGE. Warum sprechen wir nicht über die 50%, die eine T-Zell-Immunität haben?

Sie denken also vielleicht, ob Mike - und Dr. Mike Yeadon Ihnen diese Dinge erzählt ... - oder warum die Pandemie nicht vorbei ist? Nun, das mag Sie überraschen, aber ich glaube, im Grunde ist es vorbei. Das Land hat jetzt einen fast vollständigen Zyklus des Virus erlebt, der durch das Land fegt, und wir sind am Ende davon. London war im Frühjahr schrecklich betroffen, und Anfang April erlebten sie mehrere hundert Todesfälle pro Tag durch Menschen, die mit ähnlichen Symptomen bei Atemversagen und Entzündungen starben. Und im Moment ist die Zahl der Menschen, die in der Hauptstadt an SARS-CoV-2 sterben, weniger als 10. Es ist also um 98 oder so ähnlich. Der Grund dafür ist, dass es in London derzeit zu wenige Menschen gibt, die anfällig dafür sind, dass sich das Virus vergrößert, verstärkt und eine Epidemie auslöst. Und, und sie wären inzwischen getroffen worden, weil sie der erste Platz waren, der im Frühjahr getroffen wurde. Und ich denke, was wir jetzt im Nordosten und Nordwesten sehen, wäre die sterbende Glut der Ausbreitung dieses Virus. Und es tut mir sehr leid, dass es immer noch wahr ist, dass eine kleine Anzahl von Menschen es fängt, krank wird und stirbt.

Warum sagen uns die Medien nicht, dass die Pandemie vorbei ist? Es ist noch nicht vorbei, weil SAGE es nicht sagt. SAGE besteht also aus sehr vielen Wissenschaftlern aus verschiedenen Disziplinen - Mathematikern und Klinikern - und es gibt mehrere Komitees.

Aber ich fand zu meiner Überraschung - und ich werde das Wort tatsächlich verwenden - Entsetzen, dass SAGE im Frühjahr, während des gesamten Frühlings und Sommers, nicht jemanden in ihrem Komitee hatte, den ich als Kartenträger bezeichnen würde Immunologe; ein klinischer Immunologe. Ich muss sagen, dass SAGE im Frühjahr und Sommer nicht über das erforderliche Fachwissen verfügte. Sie hätten sich bewaffnen sollen, wissen Sie, mit - um den Tisch herum - alle Leute, die verstehen müssen, was passiert ist, und das haben sie nicht getan.

Die Leute fragten mich dann: "Nun, Mike, wenn es, wissen Sie, wenn es grundlegend vorbei ist, warum bekommen wir immer noch Hunderte von Todesfällen pro Tag durch SARS-CoV-2?" Und ich habe viel darüber nachgedacht. Es wird ein Test durchgeführt, bei dem Menschen Nasen und Mandeln abwischen lassen, und anschließend wird ein Test (als PCR-Test bezeichnet) durchgeführt. Und was sie suchen, ist nicht das Virus - Sie könnten denken, es sucht nach dem Virus, aber es ist nicht so. Was sie suchen, ist ein kleines Stück genetischer Sequenz; es heißt RNA. Leider wird dieses Stück RNA in den Mandeln und in der Nase der Menschen gefunden, nicht wenn sie sich gerade mit dem Virus infiziert haben und kurz davor stehen, krank zu werden, oder wenn sie bereits krank sind. Es wird auch festgestellt, ob sie vor Wochen oder manchmal vor einigen Monaten infiziert waren. Lassen Sie mich nur erklären, warum das so ist.

Wenn Sie infiziert wurden und den Virus bekämpft haben (was die meisten Menschen tun), haben Sie tote, tote Virusstücke. Dies sind winzige Dinge, die kleiner als Ihre Zellen sind und sich möglicherweise über den gesamten Atemweg ausbreiten, eingebettet in Schleimstücke, möglicherweise in einer Zelle, die die Atemwege auskleidet. Und so bringen Sie über einen Zeitraum von Wochen oder Monaten Zellen hervor, die zerbrochene, tote Teile des Virus enthalten, das Sie erobert und getötet haben.

Der PCR-Test kann jedoch nicht feststellen, ob die virale RNA von einem lebenden oder einem toten Virus stammt (wie ich gerade beschrieben habe). Ich denke, ein großer Teil der sogenannten Positiven ist tatsächlich das, was ich als "kalte" Positive bezeichne: Sie identifizieren korrekt, dass sich in der Probe eine virale RNA befindet - aber es handelt sich um ein totes Virus. Es kann ihnen nicht schaden, sie werden nicht krank, sie können es nicht an andere weitergeben. Sie sind also nicht ansteckend. Das macht also eine große Anzahl der sogenannten positiven Fälle aus. Dies sind Leute, die das Virus besiegt haben. Warum verwenden wir diesen Test, der nicht zwischen einer aktiven Infektion und Personen unterscheiden kann, die das Virus besiegt haben?

Dieser Test wurde noch nie auf diese Weise verwendet - und ich habe auf diesem Gebiet gearbeitet. Es ist keine geeignete Technik, es ist eine - es ist die Art von Technik, die Sie für forensische Zwecke verwenden würden, wenn Sie versuchen würden, einen DNA-Test durchzuführen, um festzustellen, ob sich eine Person am Tatort befindet oder nicht. Sie würden diese Tests nicht an einem windigen Parkplatz im Supermarkt durchführen. was aussieht wie Plastikzelte; auf Picknicktischen. Es ist überhaupt nicht geeignet - und es sollte definitiv nicht so gemacht werden, wie es gemacht wurde. Es unterliegt vielen mechanischen Fehlern, sollten wir sagen, bei der Behandlung von Fehlern. Wenn dies ein Test wäre, der für rechtliche Zwecke verwendet wird, für forensische Zwecke wie einen DNA-Identitätstest, würde der Richter diese Beweise wegwerfen; würde sagen, dass es nicht zulässig ist. Es erzeugt positive Ergebnisse, selbst wenn dort überhaupt kein Virus vorhanden ist. Wir nennen das ein falsches Positiv.

Da wir die Anzahl der pro Tag durchgeführten Tests erhöht haben, mussten wir immer weniger erfahrenes Laborpersonal einstellen - und jetzt setzen wir Mitarbeiter ein, die in diesem Bereich noch nie professionell gearbeitet haben. Dies erhöht die Häufigkeit von Fehlern, und dies hat zur Folge, dass die falsch positive Rate steigt und steigt. Wenn Sie also eine falsch positive Rate von einem Prozent hatten - was uns Herr Matt Hancock [britischer Staatssekretär für Gesundheit und Soziales] sagte, war ungefähr die Zahl, die sie im Sommer hatten -, wenn Sie tausend Menschen getestet haben, die dies getan haben Kein Virus zehn von ihnen wäre erstaunlicherweise positiv. Wenn die Prävalenz des Virus nur eins zu tausend war, sind das 0,1% - wie das Amt für nationale Statistik mitteilte -, wenn Sie den PCR-Test verwenden, ist nur einer von ihnen positiv und wirklich positiv. Wenn die Falsch-Positiv-Rate jedoch nur ein Prozent beträgt, erhalten Sie auch 10 Falsch-Positive, die falsch sind.

Einige Leute sagten zu mir: "Nun, es wird einen höheren Prozentsatz von Leuten geben, die sich zum Testen in der Community melden", sogenannte "Säule 2" -Tests, weil sie nur angewiesen wurden, zu kommen, wenn sie es getan haben bekam Symptome. Aber ich rufe B.S. auf diesem. Ich denke nicht, dass das stimmt. Ich kenne viele Freunde und Verwandte, denen von einem Arbeitgeber gesagt wurde: „Nun, Sie haben in der Nähe von jemandem gesessen, der positiv getestet wurde, und ich möchte nicht, dass Sie wieder zur Arbeit kommen, bis Sie einen negativen Test erhalten haben.

” Ich habe Informationen aus vielen Städten im Norden gesehen - sicherlich war Birmingham eine davon; Manchester war ein anderer; Bolton - wo die Räte (und ich glaube wirklich, dass sie versucht haben, hilfreich zu sein) die Menschen in ihren Städten mit Flugblättern versorgten und sagten: "Wir werden vorbeikommen und Sie alle abwischen, weil wir diesen Virus aufspüren wollen." Sobald Sie anfangen, Menschen mehr oder weniger zufällig zu testen, erhalten Sie in der Bevölkerung die gleiche Menge an Viren wie das Amt für nationale Statistik, die zu diesem Zeitpunkt eins zu tausend war. Und ich habe Ihnen gerade gesagt, dass Matt Hancock im Sommer bestätigt hat, dass sie eine falsch positive Rate von etwa einem Prozent haben. Das bedeutet also, dass von tausend Menschen 10 positiv testen würden und es ein falsches Ergebnis wäre, und nur einer würde positiv testen und es war richtig.

Dieser Test ist ungeheuer ungeeignet, um festzustellen, wer lebende Viren in den Atemwegen hat. Es unterliegt mehreren Verzerrungen, die sich im Winter verschlechtern. Wenn die Anzahl der pro Tag durchgeführten Tests zunimmt, steigt die Anzahl der Fehler, die von diesen überarbeiteten, nicht sehr erfahrenen Labormitarbeitern gemacht werden. Ich denke, es ist nicht unangemessen, die Falsch-Positiv-Rate derzeit bestmöglich zu erraten - die so genannte operative Falsch-Positiv-Rate liegt bei etwa fünf Prozent. Fünf Prozent von 300.000 sind 15.000 positive. Ich denke, einige dieser positiven Aspekte sind real. Ich denke nicht, dass es sehr viele sind. Das Problem mit diesem falsch positiven Problem ist, dass es nicht nur bei „Fällen“ aufhört:

Es erstreckt sich auf Menschen, denen es nicht gut geht und die ins Krankenhaus gehen. Menschen, die ins Krankenhaus gehen, haben positiv getestet - und es könnte falsch positiv sein, und ich denke, die meisten von ihnen sind im Moment -, wenn Sie ins Krankenhaus gehen und zuvor positiv getestet haben oder im Krankenhaus positiv getestet wurden, Sie Ich werde jetzt als Covid-Zulassung gezählt.

Obwohl jetzt mehr Menschen im Krankenhaus sind als vor einem Monat, ist dies für den Herbst normal. Bedauerlicherweise erkranken Menschen an Atemwegsviren und werden krank, und einige werden sterben. Ich glaube einfach nicht, dass es etwas mehr mit Covid-19 zu tun hat. Es gibt jetzt mehr Menschen auf Intensivbetten als vor ungefähr einem Monat. Das ist völlig normal, wenn wir durch den Spätherbst in den frühen Winter ziehen: Diese Betten werden benutzt. Aber es gibt nicht mehr Menschen als es für die Jahreszeit normal ist, und wir werden nicht die Kapazitäten verlieren, sicherlich auf nationaler Ebene. Aber ich denke, Sie wissen, dass es jetzt geht: Wenn Sie jetzt sterben sollten, werden Sie als Covid-Tod gezählt. Aber das ist nicht richtig; Dies sind Menschen, die möglicherweise - zum Beispiel mit einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus gegangen sind, aber sie werden - drei Prozent von ihnen werden immer noch positiv getestet, und sie sind es nicht, sie haben das Virus nicht. Es ist ein - es ist ein falsches Positiv, und wenn sie sterben, werden sie als Covid-Tod bezeichnet - und das sind sie nicht. Sie sind an etwas anderem gestorben.

Eines der beunruhigendsten Dinge, die ich in diesem Jahr gehört habe, war, dass Mr. Johnson uns von den "Moonshot" -Tests erzählte, bei denen jeder oft, vielleicht jeden Tag, den Ausweg aus diesem Problem findet. Ich sage Ihnen, es ist der Weg, um uns in diesem Problem zu halten: Diese Anzahl von Tests ist um Größenordnungen höher als die, die wir bereits jetzt testen, und die Falsch-Positiv-Rate (wie niedrig sie auch sein mag) wird viel zu hoch sein, um sie zu akzeptieren . Es wird eine enorme Anzahl von Fehlalarmen erzeugen.

Was wir tun sollten, ist die Massenprüfung zu stoppen. Es ist nicht nur ein Affront gegen Ihre Freiheit, es wird auch überhaupt nicht helfen: Es wird immens teuer sein und es wird eine Pathologie für sich sein. Wir werden dumme Leute bekämpfen - hauptsächlich Minister - es tut mir leid zu sagen, dass sie nicht numeriert sind und keine Statistiken verstehen. Wenn Sie eine Million Menschen pro Tag mit einem Test testen, der ein Prozent falsch positiver Ergebnisse liefert, wird 10 000 Menschen pro Tag fälschlicherweise mitgeteilt, dass sie das Virus haben.
Wenn die Prävalenz des Virus 0,1% betragen würde, wie das Amt für nationale Statistik im Sommer sagte, würde nur ein Zehntel dieser Zahl, ähm, 1.000, korrekt identifiziert werden. Sie können jedoch nicht zwischen den 11.000 unterscheiden, die das Virus wirklich haben und die falsch positiv sind. Ich denke, Moonshot wird eine schlechtere Falsch-Positiv-Rate haben. Es kann nicht repariert werden und ist auch nicht erforderlich. Die Pandemie, die nicht nur die Bevölkerung Großbritanniens, sondern ganz Europas und wahrscheinlich bald die ganze Welt heimgesucht hat, wird nicht zurückkehren. Warum wird es nicht zurückkehren? Nun, sie haben T-Zell-Immunität. Wir wissen das. Es wurde von den besten zellulären Immunologen der Welt untersucht.

Manchmal sagen die Leute: "Nun, es sieht so aus, als würde die Immunität allmählich nachlassen." Sie werden manchmal solche [Aussagen] sehen, und als ich die erste Überschrift wie diese sah, erinnere ich mich, dass ich wirklich ziemlich verwirrt war, weil die Immunologie nicht so funktioniert. Denken Sie einen Moment darüber nach. Wenn es so funktioniert hätte, könnte es dich töten. Wenn du es abwehren musstest und wenn du das erfolgreich getan hast, hat es irgendwie keine Spuren in deinem Körper hinterlassen. Nun, es hinterlässt Spuren in Ihrem Körper. Die Art und Weise, wie Sie es bekämpft haben, beinhaltete bestimmte Mustererkennungsrezeptoren und hat Sie sozusagen mit Gedächtniszellen zurückgelassen, die sich daran erinnern, was sie bekämpft haben. Und wenn sie das Ding wieder sehen, ist es für sie sehr einfach, diese Zellen in Minuten oder Stunden wieder zum Laufen zu bringen, und sie werden Sie beschützen. Die wahrscheinlichste Erklärung ist also, dass es lange dauern wird.

Also las ich ein bisschen mehr über dieses sogenannte Abklingen der Immunität - und mir wurde klar, dass es sich um Antikörper handelte. Es ist einfach falsch zu glauben, dass Antikörper und wie lange sie wach bleiben, ein Maß für den Immunschutz gegen Viren sind. Ich meine, Sie können sagen, dass ich - ich stimme dem nicht zu. Es heißt, es wurden einige klassische Experimente an Menschen durchgeführt, die angeborene Fehler in Teilen ihres Immunsystems haben, und einige von ihnen haben angeborene Pfeile, was bedeutet, dass sie keine Antikörper bilden können, und raten Sie mal: Sie - sie sind in der Lage, mit Atemwegen umzugehen Viren genauso wie du und ich. Ich denke also nicht, dass es schädlich ist, Antikörper zu haben, obwohl einige Leute besorgt sind über das Potenzial, Entzündungen durch Antikörper zu verstärken, aber - aber meiner Ansicht nach sind sie - sie sind wahrscheinlich neutral, und Sie sollten definitiv nicht glauben die Geschichte, dass Sie die Immunität verloren haben, weil der Antikörper abfällt. Auch hier funktioniert das menschliche Immunsystem einfach nicht so.

Die wahrscheinlichste Dauer der Immunität gegen ein Atemwegsvirus wie SARS-CoV-2 beträgt mehrere Jahre. Warum sage ich das? Wir haben tatsächlich die Daten für ein Virus namens SARS, das vor 17 Jahren durch Teile der Welt verbreitet wurde, und erinnern uns, dass SARS-CoV-2 zu 80% SARS ähnlich ist. Ich denke, dies ist der beste Vergleich, den jeder bieten kann. Die Beweise sind klar. Diese sehr klugen zellulären Immunologen untersuchten alle Menschen, die sie erreichen konnten und die SARS vor 17 Jahren überlebt hatten. Sie nahmen eine Blutprobe und testeten, ob sie auf das ursprüngliche SARS reagierten oder nicht, und alle taten es. Sie alle haben einen völlig normalen, robusten T-Zell-Speicher. Sie sind tatsächlich auch gegen SARS-CoV-2 geschützt, weil es so ähnlich ist, dass es gegen Immunität ist. Ich würde also sagen, die besten Daten, die es gibt, sind, dass die Immunität mindestens 17 Jahre lang robust sein sollte. Ich denke, es ist durchaus möglich, dass es lebenslang ist. Der Stil der Reaktionen der T-Zellen dieser Personen war der gleiche, als ob Sie geimpft worden wären und dann Jahre später zurückkommen, um zu sehen, ob diese Immunität erhalten geblieben ist. Ich denke also, dass die Beweise wirklich stark sind, dass die Dauer der Immunität mehrere Jahre und möglicherweise lebenslang sein wird.

Es gab nur eine winzige Handvoll Menschen, die anscheinend zweimal infiziert waren - jetzt sind sie sehr interessant, wir müssen wissen, wer sie sind und sie sehr gut verstehen, sie haben wahrscheinlich bestimmte seltene Immunschwächesyndrome. Ich tue also nicht so, als würde niemand jemals wieder infiziert, aber ich weise darauf hin, dass es buchstäblich fünf Personen (oder vielleicht 50 Personen) sind, aber die Weltgesundheitsorganisation hat vor einigen Wochen geschätzt, dass 750 Millionen Menschen bisher von SARS infiziert wurden. CoV-2. Das bedeutet, dass die meisten Menschen nicht erneut infiziert werden, und ich kann Ihnen sagen, warum das so ist: Es ist normal. Das passiert mit Viren, Atemwegsviren. Einige Leute haben - haben "Null Covid" gefordert, als wäre es ein politischer Slogan. Und es gibt einige Leute, von denen ich fast jeden Tag gehört habe, dass sie danach rufen. Sie sind völlig unqualifiziert, Ihnen etwas zu sagen.

Es ist wirklich wichtig zu wissen, dass SARS-CoV-2 ein unangenehmer Virus ist. Es gibt keine Frage, aber es ist nicht das, was Ihnen im Frühjahr gesagt wurde. Uns wurde ursprünglich gesagt, dass es vielleicht drei Prozent der infizierten Menschen töten würde - was schrecklich ist. Das ist 30 Mal schlimmer als die Grippe. Wir überschätzen immer die Tödlichkeit neuer Infektionskrankheiten, wenn wir uns im Auge des Sturms befinden. Ich glaube, die wahre Infektionssterblichkeitsrate von Covid-19, die wahre Bedrohung für das Leben, ist die gleiche wie die saisonale Grippe.

Es gibt also keinen Grund, warum Sie versuchen möchten, Covid auf Null zu bringen. Es ist ein Unsinn - so ist Biologie einfach nicht. Und alle Mittel, die ich gehört habe, ähm, vorgeschlagen, um uns dorthin zu bringen, sind viel schädlicher und pathologischer, als das Virus selbst. Es ist einfach nicht möglich, jede einzelne Kopie des Covid-19-Virus loszuwerden, und die Mittel, um Sie dorthin zu bringen, würden die Gesellschaft zerstören. Vergessen Sie die Kosten - obwohl es enorm wäre - es würde Ihre Freiheit zerstören, Sie müssten nicht ausgehen, bis Sie getestet wurden und Ihr Ergebnis zurück haben. Und ich habe beschrieben, wie die falsch-positive Rate sie nur aus statistischer Sicht zerstören würde. Ich glaube nicht, dass dies möglich ist: Es ist nicht wissenschaftlich realistisch, es ist nicht medizinisch realistisch und es ist nicht das, was wir jemals getan haben.

Als das Virus im Spätwinter und im frühen Frühling nach Großbritannien gelangte, war auch ich besorgt, denn zu der Zeit wurde uns gesagt, dass vielleicht drei Prozent sterben könnten. Als der Premierminister eine Sperrung forderte, war ich nicht erfreut darüber, aber ich verstand, dass wir dies versuchen sollten. Es ist jedoch wichtig, dass Sie verstehen, dass bei Betrachtung des Profils der Pandemie im Verlauf der Bevölkerung klar war, dass die Anzahl der Infektionen pro Tag sank. Wir hatten den Höhepunkt ziemlich lange vor Beginn der Sperrung überschritten. Also haben wir all diesen Schmerz genommen, diesen gesperrten Schmerz, der mehrere Wochen dauerte - ich erinnere mich nicht genau, wie viele mehrere Wochen - wir haben ihn umsonst genommen. Wenn es einen wirklich wichtigen Effekt der Sperrung auf die Anzahl der Verstorbenen oder die Rate gab, sollten Sie zumindest in der Lage sein, sie zu bestellen. Diese Leute waren eingesperrt und das taten sie nicht - und du kannst es nicht. Die Formen aller stark infizierten Länder sind gleich, unabhängig davon, ob sie gesperrt waren oder nicht. Sie funktionieren nicht. Ich weiß nicht, warum jemand dir erlaubt, dich zu kennen, in diese Ecke gedrängt zu werden.

Ich glaube nicht, dass wir genau wissen, warum einige Länder stärker betroffen waren als andere, aber ich muss sagen, dass ich wissenschaftlich denke, dass das kluge Geld auf einer Mischung von Kräften beruht. Eine wäre diese Kreuzimmunität. Obwohl China eine schreckliche Zeit in Wuhan in der Provinz Hubei hatte, verbreitete es sich nicht anderswo im Land, und ich vermute, dass dies bedeutete, dass viele von ihnen diese Kreuzimmunität hatten. Und ich denke, dass die umliegenden Länder im Wesentlichen viel Kreuzimmunität hatten. Das ist also eine Möglichkeit. Die andere betrifft jedoch die Schwere dessen, was das Virus einer bestimmten Population angetan hat.

Wir haben verheerende Auswirkungen in Ländern wie Großbritannien und Belgien, Frankreich und vielleicht sogar in Schweden und viel weniger Todesfälle in anderen Ländern wie Griechenland und Deutschland gesehen. Und Sie könnten denken: "Nun, war das etwas, was sie getan haben?" Und ich wünschte, es wäre wahr, denn wenn es etwas wäre, was wir getan hätten, könnten wir daraus lernen und es tun, und es würde in Zukunft funktionieren. Es gibt jedoch keinerlei Beweise dafür, dass es etwas war, was Menschen getan haben. Der Durchgang dieses Virus durch die menschliche Bevölkerung ist ein völlig natürlicher Prozess, der unsere mickrigen Bemühungen, es zu kontrollieren, völlig ignorierte.

Es gibt also diese Theorie - ich mag den Namen nicht sehr -, aber sie heißt "trockener Zunder". Wenn Menschen in einem Land, die anfällig dafür sind, im Winter zu sterben (normalerweise an Atemwegsviren), wenn Sie eine sehr milde Wintersaison haben, wie dies in Großbritannien der Fall war, hatten wir letztes Jahr und im Jahr zuvor eine sehr milde saisonale Grippe und das auch Schweden - dann gibt es eine größere Anzahl sehr gefährdeter Menschen, die noch älter als gewöhnlich sind, und - und ich denke, deshalb haben wir eine ziemlich große Anzahl von Todesfällen erlitten. Es waren immer noch nur 0,06% der Bevölkerung, was einer normalen Sterblichkeit von etwa vier Wochen entspricht.

Aber Länder, die in letzter Zeit sehr strenge Winter hatten, und Griechenland und Deutschland hatten in den letzten zwei Jahren sicherlich einen sehr tödlichen Winterflus. Ich denke damals hatten sie eine kleinere Bevölkerung von sehr schutzbedürftigen Menschen, und das ist der Hauptgrund, warum sie weniger Menschen verloren haben. Es geht nicht um das Sperren, es geht nicht um das Testen, Verfolgen oder Verfolgen. I

ch persönlich glaube nicht, dass eine dieser Maßnahmen überhaupt einen Unterschied gemacht hat. Belgien, Großbritannien und Schweden waren besonders gefährdet, während benachbarte nordische Länder - ich - es satt haben, davon zu hören, dass sie gesperrt wurden, und deshalb haben sie gerettet und befürchtet, dass die anderen nordischen Länder normale Grippeepidemien hatten letzte zwei oder drei Jahre. Schweden hatte wie Großbritannien sehr leichte Epidemien: Sie können sich einfach die Anzahl der Todesfälle ansehen, was für Großbritannien und Schweden nicht normal ist. Und jetzt haben wir eine überdurchschnittliche, eine überdurchschnittliche Anzahl von Todesfällen durch Covid.

Nun mag es andere Gründe geben, ich sage nicht, dass es keine gibt, aber ich denke, diese beiden Hauptkräfte - das Ausmaß der vorherigen Immunität und der sogenannte „trockene Zunder“ -, welchen gefährdeten Teil der Bevölkerung hatten Sie als Ergebnis von saisonaler Grippe, die intensiv ist oder nicht - ich denke, das macht den größten Teil davon aus. Und es ist - es ist nur puberistisch und, ähm, und - und irgendwie albern, dass unsere Regierung und Berater Ihnen sagen, dass Dinge, die in der Vergangenheit noch nie funktioniert haben, wie das Sperren, einen Unterschied für die Übertragung von Atemwegsviren bedeuten werden. Ich glaube es keinen Moment.

Es gibt keine wissenschaftlichen Beweise dahinter und es gibt viel stärkere wissenschaftliche Hypothesen, die dies erklären. Sie könnten denken, dass Covid in Bezug auf die Anzahl der Todesfälle - übermäßige Todesfälle - eine so große Zahl hervorgebracht hat, dass dies ein schreckliches Jahr für übermäßige Todesfälle sein wird, aber überraschenderweise nicht. 2020 steht seit 1993 auf Platz acht einer Liste.

In diesem Land sterben jedes Jahr rund 620.000 Menschen. Sie sagen, dass wir im Leben auch im Tod sind - und es ist wahr, es war schrecklich für diejenigen, die persönlich von Krankheit und Tod betroffen waren, aber es ist nicht besonders ungewöhnlich in Bezug auf die Anzahl der Menschen, die gestorben sind. Eines der Dinge, die mir aufgefallen sind, ist in den letzten Jahren passiert, dass wir uns fast zu bewegen scheinen, ähm, Sie wissen, Post-Science, Post-Fact, als ob - als ob Fakten keine Rolle spielen. Für jemanden, der seit 35 Jahren als professioneller Wissenschaftler qualifiziert und praktiziert ist, finde ich es zutiefst beunruhigend, dass Sie mir nicht zuhören sollten, wenn ich über - ich weiß nicht, das Design von Autobahnen oder so etwas - sprach. Ich weiß nichts über Autobahnen oder - oder wie man Bäume besser züchtet, ich weiß nichts darüber. Aber ich weiß ziemlich viel über Immunologie, Infektion, Entzündung und die Art und Weise, wie sich infektiöse Organismen durch eine Population bewegen.

Ich habe keinen anderen Grund, dieses Interview zu geben, als dass es mir wirklich wichtig ist, was mit meinem Land passiert - und wir müssen uns daraus herausziehen. Und ich persönlich glaube, der Weg nach vorne ist zweifach, es ist nicht schwierig. Erstens sollten wir die Massentests für die meisten Brunnen in der Gemeinde sofort einstellen - sie liefern nur irreführende und graue Informationen, und dennoch treiben wir die Politik fast vollständig darauf an. Es ist definitiv falsch, wir sollten es nicht tun.

Verwenden Sie die Tests im Krankenhaus - ich sage nicht, dass Sie nicht testen - setzen Sie die Massentests nicht fort und erhöhen Sie nicht die Anzahl der Tests, um Gottes willen. Es ist eine Pathologie für sich, die von richtig denkenden Menschen ausgerottet werden muss. Und ich fürchte, die Leute auf SAGE, die die Modellierung, die Vorhersagen, die - die Maßnahmen, die ergriffen werden sollten, dass ihre Arbeit so schlecht und offensichtlich fehlerhaft ist - tödlich inkompetent geliefert haben, dass Sie nichts mehr zu tun haben sollten mit diesen Leuten. Sie sollten sofort abgefeuert werden.

Dieser Rat hatte zur Folge, dass viele unschuldige Menschen aus nicht-kovidischen Gründen das Leben gekostet haben und dass sie mit einer geeigneten Gruppe qualifizierter Personen entlassen und wiederhergestellt werden sollten. Insbesondere sollte vermieden werden, dass jemand den Vorschlag eines Konflikts hat von Interesse. Ich denke, wir sind direkt am Rande des Abgrunds. Ich hoffe wirklich, dass wir uns zurückziehen können.

Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee October 22, 2020 Meeting Presentation



CBER Plans for Monitoring COVID-19 Vaccine Safety and Effectiveness

Steve Anderson, PhD, MPP
Director, Office of Biostatistics & Epidemiology, CBER

VRBPAC Meeting
October 22, 2020

FDA Vaccine Surveillance: Pre-licensure Pharmacovigilance Planning

"Safety throughout the lifecycle" approach for vaccines (pre- and post-licensure):

- Manufacturer submits pharmacovigilance plans (PVP) of proposed post-licensure surveillance activities
  - Submitted for BLA and for EUA
  - Post-licensure commitment (PMC) – studies, registries for general safety concern
  - Post-licensure requirement (PMR) – clinical study, epidemiological study, registries, etc. to verify a specific safety signal
  - Routine pharmacovigilance – Passive surveillance (VAERS), review of safety literature, available studies, etc.

FDA Vaccine Surveillance Programs: Post-Licensure

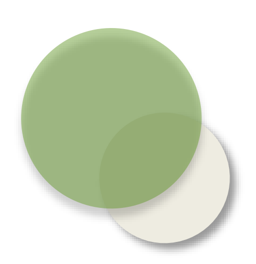
1. **Passive Surveillance of Vaccines**
   - Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)
     - Management shared by CDC and FDA

2. **Active Surveillance Monitoring Program**
   - FDA BEST
   - FDA-CMS partnership

FDA Vaccine Surveillance Programs: Post-Licensure

1. Passive Surveillance of Vaccines
   - Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)
     - Management shared by CDC and FDA
2. Active Surveillance Monitoring Program
   - FDA BEST
   - FDA-CMS partnership

VAERS



Vaccine Adverse Event Reporting System

Co-managed by
CDC and FDA



+



http://vaers.hhs.gov

VAERS Vaccine Adverse Event Reporting System
www.vaers.hhs.gov

About VAERS | Report an Adverse Event | VAERS Data | Resources | Submit Follow-Up Information

Have you had a reaction following a vaccination?

1. Contact your healthcare provider.
2. Report an Adverse Event using the VAERS online form or the new downloadable PDF. *New!*

Important: If you are experiencing a medical emergency, seek immediate assistance from a healthcare provider or call 9-1-1. CDC and FDA do not provide individual medical treatment, advice, or diagnosis. If you need individual medical or health care advice, consult a qualified healthcare provider.

¿Ha tenido una reacción después de recibir una vacuna?

1. Contacte a su proveedor de salud.
2. Reporte una reacción adversa utilizando el formulario de VAERS en línea o la nueva versión PDF descargable. *Nuevo!*



What is VAERS?



REPORT AN ADVERSE EVENT

Review reporting requirements and submit reports.



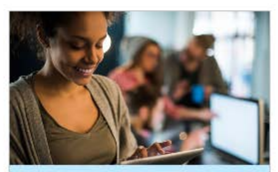
SEARCH VAERS DATA

Download VAERS Data and search the CDC WONDER database.



REVIEW RESOURCES

Find materials, publications, learning tools, and other resources.



SUBMIT FOLLOW-UP INFORMATION

Upload additional information related to VAERS reports.

VAERS – FDA CBER Efforts



- CDC presentation covered VAERS so will provide summary of FDA efforts

- **FDA and CDC have weekly and bi-weekly coordination meetings** on VAERS and Pharmacovigilance activities between CBER OBE and OBE Division of Epidemiology (DE) and CDC Immunization Safety Office

- **CBER DE Physicians will be reviewing the serious adverse event reports** from VAERS for COVID-19 vaccines – review of individual reports, death reports, conduct aggregate analyses, case-series, etc.

- **FDA will utilize statistical data-mining methods** to detect disproportional reporting of specific vaccine-adverse event combinations to identify AEs that are more frequently reported

FDA Vaccine Surveillance Programs: Post-Licensure

1. Passive Surveillance of Vaccines
   - Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)
     - Management shared by CDC and FDA

2. **Active Surveillance Monitoring Program**
   - **FDA BEST**
   - **FDA-CMS partnership**

FDA Vaccine– Legislative Authorization Active Surveillance

Legislation, mandates and Current Surveillance

FDA Amendments Act of 2007:

- Directed FDA to develop an active risk identification and analysis system – such as Sentinel, and later BEST, and others and covers ≥100 million persons

Prescription Drug User Fee Act VI (2017)

- Discussion between FDA and Industry on Priority Areas - Renewed every 5 yrs
- Provides resources/funding for Sentinel, BEST, real-world evidence, etc

COVID-19 Vaccine Monitoring Data Considerations



- **Rapid data access** for near real time surveillance
- **Large databases of tens of millions of patients** for evaluating vaccine rare serious adverse events
- **Data representing integrated care spectrum** – outpatient, physician, inpatient, etc.
- **High quality data** to assess and confirm potential adverse events or safety concerns for COVID-19 vaccines
- **Data with significant clinical detail** or medical chart access

1. FDA Biologics Effectiveness and Safety (BEST) System

– Several partners – Acumen, IBM Watson, IQVIA, OHDSI, HealthCore, Humana, Optum, Healthagen, Academic organizations
– Represents variety of healthcare settings – inpatient, emergency department, outpatient, etc.

BEST Initiative Expansion



CLAIMS Data Sources

Data Sources	Type	Patients (millions)
MarketScan	Claims	254
Blue Health Intelligence	Claims	33.6
Optum	Claims	70
HealthCore	Claims	56
Healthagen	Claims	26
OneFlorida Clinical Research Consortium (Medicaid)	Claims	6.7

Data lag: 1-12 months depending on data source

BEST Initiative Expansion

EHR Data Sources



Data Sources	Type	Patients (millions)
MedStar Health	EHR	6
IBM Explorys	EHR	90
Regenstrief Institute	Claims and EHR	20.2
Columbia University	EHR	6.6
University of Colorado	EHR	17
University of California San Francisco	EHR	3.2
PEDSnet Clinical Research Consortium	EHR	6.2
Optum EHR	EHR	105
OneFlorida Clinical Research Consortium	EHR	5.6
OneFlorida Clinical Research Consortium	Linked EHR-Claims	1.5
MarketScan Explorys Claims-EHR (CED)	Linked EHR-Claims	5.5
Optum	Linked EHR-Claims	50

Data lag: 1-2 weeks to 4 months depending on data source

2. CMS (Center for Medicare & Medicaid Services)

- **Federal Partners**
  - Ongoing FDA-CMS partnership on vaccine safety since 2002
  - Data cover very large population of approximately 55 million elderly US beneficiaries ≥65yrs of age
  - >92% of US elderly use Medicare so database represents the elderly population and not a sample
  - Represents variety of healthcare settings – inpatient, outpatient, etc.
  - Consists of claims data with access to medical charts

Limitations of Data Systems



- Not all claims and EHR data systems can be used to address a vaccine safety or effectiveness regulatory question

- Each data system has its limitations
  – Populations, healthcare settings, clinical detail, necessary parameters, data lag, exposures and outcomes that are captured





"Near real-time surveillance" or rapid-cycle analyses (RCA)

- FDA plans on monitoring 10 -20 safety outcomes of interest to be determined based on:
  - Pre-market review of sponsor safety data submitted to FDA
  - In coordination with federal partners, international regulatory partners and organizations, academic experts, others
  - Literature and regulatory experience with similar vaccines, novel vaccine platforms, and using other relevant data
  - FDA plans on using CMS data for COVID-19 vaccine RCA – near real time with efforts

FDA Safety Surveillance of COVID-19 Vaccines : DRAFT Working list of possible adverse event outcomes ***Subject to change***

- Guillain-Barré syndrome
- Acute disseminated encephalomyelitis
- Transverse myelitis
- Encephalitis/myelitis/encephalomyelitis/ meningoencephalitis/meningitis/ encepholapathy
- Convulsions/seizures
- Stroke
- Narcolepsy and cataplexy
- Anaphylaxis
- Acute myocardial infarction
- Myocarditis/pericarditis
- Autoimmune disease
- Deaths
- Pregnancy and birth outcomes
- Other acute demyelinating diseases
- Non-anaphylactic allergic reactions
- Thrombocytopenia
- Disseminated intravascular coagulation
- Venous thromboembolism
- Arthritis and arthralgia/joint pain
- Kawasaki disease
- Multisystem Inflammatory Syndrome in Children
- Vaccine enhanced disease

FDA Experience with Near Real Time Surveillance / RCA



FDA and CMS - RCA

- Conduct "near real-time" surveillance for annual influenza vaccine and Guillain-Barre Syndrome(GBS) since 2007
- Support confirmation of CDC rapid-cycle analyses of safety for seasonal influenza vaccine, Shingrix, and others

FDA Sentinel – Rapid Surveillance

- Near real-time, rapid surveillance in 2017-2018 seasonal influenza vaccine – evaluation of 6 health outcomes of interest

FDA COVID-19 vaccine safety surveillance Plans



- **Epidemiological analyses**
  - Need capability to resolve potential safety signals identified from near real-time surveillance, TreeScan and other sources
  - Rapid queries and small epidemiological studies
  - Larger self-controlled, cohort, comprehensive protocol-based studies

COVID-19 Vaccine Effectiveness Surveillance Plans



- COVID-19 vaccine(s) – there may be limited information available at licensure on level and duration of effectiveness
- Manufacturers may conduct certain COVID-19 vaccine effectiveness post-licensure studies
- FDA may conduct COVID-19 vaccine effectiveness studies
  - General effectiveness studies – including subpopulations of interest
  - Duration of protection studies
  - Others
- FDA coordinating COVID-19 Vaccine Effectiveness efforts with the CDC NCIRD through monthly, bi-monthly meetings

FDA-CMS-CDC Vaccine Effectiveness Experience



- Extensive experience with the data and methods needed to conduct vaccine effectiveness studies
- Produced several vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness studies for influenza and zoster vaccines
- Conducted duration of effectiveness analysis of Zostavax vaccine



FDA-CMS Vaccine Effectiveness Experience



- Actively studying risk factors for COVID-19 and preparing to study safety and effectiveness of vaccines and biologics therapies
- More than 30 publications since 2012
- Results included in Congressional testimony

CBER COVID-19 Vaccine Monitoring Transparency Considerations



- Master Protocols for Safety and Effectiveness outcomes
- Posting of draft protocols for public comment
- Posting of final protocols and final study reports on the BESTinitiative.org website

US Government-wide Efforts COVID-19 Vaccine Monitoring



Large US Government Effort

FDA Coordinating its COVID-19 vaccine safety and effectiveness monitoring efforts with other government agencies:

- Centers for Disease Control (CDC)
- Centers for Medicare& Medicaid Services (CMS)
- Veterans Administration (VA)
- National Institutes of Health
- Department of Defense
- Indian Health Services

US Government-wide Efforts COVID-19 Vaccine Monitoring (2)



Large US Government Effort

- Weekly meetings between FDA and CDC, regular meetings with VA and CMS
- Planned sharing of protocols, discussion safety and effectiveness outcomes of interest
- Coordinated planning and conduct of surveillance activities such as near real time surveillance/ RCA between FDA, CDC, CMS, VA, and DOD

Acknowledgments



- Richard Forshee
- Azadeh Shoaibi
- Hui-Lee Wong
- CBER Surveillance Team
- Manette Niu
- CBER OBE Colleagues
- CDC Colleagues
- CMS Colleagues
- VA Colleagues
- FDA Partners: Acumen, IBM Watson – and new partners in FY2021



Thank you!

Questions?

Beipackzettel des SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (9901-NCOV-01G, Roche Bestellnummer: 09327592, 09-2020 V1) von Roche angedruckt ist:



Eine Beurteilung der Immunantwort ist mit diesem Test nicht möglich.

Hierfür sind andere Testmethoden erforderlich.

Das Testergebnis sollte nicht als alleinige Grundlage für Entscheidungen zur Behandlung bzw. Versorgung des Patienten verwendet werden.

Es ist im Zusammenhang mit kürzlich erfolgten Expositionen des Patienten, dessen Anamnese sowie klinischen Anzeichen und Symptomen, die auf COVID-19 hindeuten, zu interpretieren. Ein negatives Ergebnis kann auftreten, wenn die Antigenkonzentration in einer Probe unterhalb der Nachweisgrenze (LoD) des Tests liegt oder die Probe nicht ordnungsgemäß entnommen oder transportiert wurde. Aus diesem Grund schließt ein negatives Testergebnis die Möglichkeit einer SARS-CoV-2-Infektion nicht aus. Negative Ergebnisse sollten durch Virenkultur, einen molekularen Test oder ELISA bestätigt werden, sofern dies für die Versorgung des Patienten erforderlich ist.

• Positive Testergebnisse schließen die Möglichkeit von Koinfektionen mit anderen Pathogenen nicht aus. Positive Testergebnisse differenzieren nicht zwischen SARS-CoV-2 und SARS-CoV.
• Negative Testergebnisse sind nicht dazu geeignet, Infektionen mit anderen Coronaviren zu bestätigen oder auszuschließen.

Experte zu Massentests: Bis zu 50 Prozent falsch positiv

Original Artikel: https://www.vienna.at/experte-zu-massentests-bis-zu-50-prozent-falsch-positiv/6830322



Med Uni Wien-Vizerektor Oswald Wagner geht davon aus, dass bis zu 50 Prozent der bei den Massentests positiven Fälle Entwarnung vom folgenden PCR-Test erhalten dürften. Dennoch sei die Aktion sinnvoll, wenn man die Massentests regelmäßig wiederholt. Im besten Falle mit einem Heimtest.

Viele der bei den Corona-Massentests positiv Getesteten dürften schon bald aufatmen können. Denn wie Med Uni Wien-Vizerektor Oswald Wagner Samstag früh im Gespräch mit der APA ausführte, könnten bis zu 50 Prozent von ihnen mittels des genaueren PCR-Tests wieder entlastet werden. Dennoch hält er die Schnelltests für absolut sinnvoll und tritt nicht nur für eine Wiederholung ein, sondern will die Teilnahme über Vergünstigungen erhöhen.

Massentest: Geschwindigkeit wichtiger als Sensitivität

Wagner verweist auch auf den US-Starvirologen Anthony Fauci, der eine Lanze für Schnelltests gebrochen hatte, indem er meinte, man möge das Perfekte, also den PCR-Test, nicht den Feind des Guten, nämlich des Schnelltests, sein lassen. Denn die Geschwindigkeit sei noch wichtiger als die Sensitivität, um infektiöse Personen rasch isolieren zu können, findet Wagner, Leiter des klinischen Instituts für Labormedizin am Wiener Allgemeinen Krankenhaus. Sehr dafür sei er aber, dass mittels PCR nachgetestet werde.

Das hat seinen guten Grund. Denn wie Wagner betont, könne bei den aktuell niedrigen Fallzahlen in vielleicht bis zur Hälfte der Fälle nach einem ursprünglich positiven Test Entwarnung gegeben werden. Was die so genannten falsch negativen Schnelltests angeht, verweist er darauf, dass diese in den meisten Fällen bei jenen Personen nicht anschlagen, die die Infektion bereits hinter sich haben bzw. nicht mehr ansteckend sind. Einzelne infektiöse Personen werde man aber übersehen, konzediert der Vizerektor, der jedoch davon ausgeht, dass 90 Prozent der Fälle mit den Schnelltests erkannt werden.

Experte: Schnell-Tests müssen wiederholt werden

Ideal wäre für Wagner, wenn die Tests wiederholt werden, wie dies von Kanzler Sebastian Kurz (ÖVP) am Vorabend auch zugesichert worden war. Der Experte setzt hier auf die von SPÖ-Chefin Pamela Rendi-Wagner am Freitag ins Spiel gebrachten Heimtests, die vermutlich bis Jänner auf den Markt kommen werden. Sie können selbst abgenommen werden, da es sich um Speichelproben oder solche vom vorderen Teil der Nase handelt.

Wichtig ist für Wagner, dass möglichst alle Österreicher an diesen Testungen teilnehmen. Bei weiteren Testläufen wäre es aus seiner Sicht sinnvoll "Vergünstigungen" anzubieten, um die Beteiligung zu erhöhen. Dass dies auch gewisse Restriktionen für jene meinen könnte, die nicht teilnehmen, bejahte Wagner auf Nachfrage.